

通所介護サービス 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定 第 2171500610 号)

当事業所はご契約者に対して通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービス利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定を申請され、まだ認定が出ていない方でもその状態に応じてサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者.....
2. 事業所の概要.....
3. 事業実施地域及び営業時間.....
4. 職員の配置状況.....
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....
6. 苦情の受付について.....
7. 重要事項説明書付属文書.....

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 和敬会倶楽部
法人所在地	岐阜県中津川市苗木4002番地
電話番号	0573-62-1250
代表者氏名	理事長 上田 雅和
設立年月日	平成16年7月6日

2. 事業所の概要

施設の種類	指定通所介護施設 平成17年8月1日指定 第2171500610号 ※当事業所は、社会福祉法人和敬会倶楽部ふくろうの杜の建物内にあります。
施設の目的	指定通所介護事業所は、介護保険法令に従い、住み慣れた地域から通所し、入浴、食事、送迎、リハビリ、レクリエーション等を通して創意工夫することにより、ご契約者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう、支援することを目的とします。
施設の名称	デイサービスセンターふくろうの杜 北館
施設の所在地	岐阜県中津川市苗木4002番地
電話	0573-67-8711
FAX	0573-67-8610
管理者	上田 範子
運営の方針	<ul style="list-style-type: none">・ケアプランに基づき、入浴、排泄、食事等の介護、相談、援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。このことにより、ご契約者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができることを目指します。・ご契約者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたってサービスを提供するよう努めます。・明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の介護保健施設、保健医療サービス、福祉サービスの提供者との綿密な連携に努めます。
開設年月日	平成17年8月1日
利用定員	25人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 中津川市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週 月～土
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時20分～午後4時30分
休業日	日、12月31日～翌年1月3日 管理者が特に必要と認めた日

※基本となる利用時間は、7時間以上8時間未満となります。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約書に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

《主な職員の配置状況》※職員の配置については指定基準を遵守しています。

職種	人数	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 生活相談員	2名	1名
3. 介護職員	5名	3名
4. 看護職員	2名	1名
5. 機能訓練指導員	3名	1名

《主な職種の勤務体制》

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間 8:30～17:30
2. 看護職員	勤務時間 8:30～17:30
3. 機能訓練指導員	勤務時間 8:30～17:30

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご利用者にご負担していただく場合 |
|--|

の二通りがあります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）*

〈サービスの概要〉

- ①食事（居宅サービス計画において、食事の提供が予定されている方に限ります。ただし、食材料費は別途いただきます）
 - ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
 - ・昼食 12:00～13:00
- ②入浴
 - ・入浴を行います。一般浴槽または個浴槽を使用して入浴することができます。
- ③排泄
 - ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ④機能訓練
 - ・ご契約者の希望により機能訓練指導員（または看護師）により、ご契約者の心身等の状態に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復または、その減退を防止するための訓練や生活的リハビリテーションを実施します。
- ⑤送迎サービス
 - ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
 - ※（ただし通常の事業実施地域外からのご利用の場合には、交通費実費をご負担いただきます。）

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第5条参照）*

別紙の料金表のとおり、ご契約者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

別紙の利用料金に対して、ご契約者の負担額は、各要介護度区分に応じた支給限度基準額であれば、原則として上記の1割～3割となり、基準額を超えて利用する場合は、全額負担となります。

・介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第8条参照）*

以下のサービスは、利用料金の金額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事に関する費用

当事業所が提供する食事・おやつを食べられる場合は、一日あたり料金表に準じた実費をいただきます。

② レクリエーション活動、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション活動及びクラブ活動に参加していただくことができます。その場合、外食費や交通費、材料費等の実費を負担していただく事があります。

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ、尿取パッド、紙パンツ等；実費

④ 複写物の交付

ご契約者またはご家族は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

⑤ ご契約者の都合により施設送迎時間よりも遅くからのご利用または早めに帰宅される場合につきましては、御家庭での送迎をお願いします。

⑥ その他

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末までに下記の方法でお支払いください。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア、 ふくろうの杜窓口での現金払い

イ、 指定口座への振込み

振込先口座 十六銀行 中津川支店 普通預金口座 1 5 4 5 2 0 6

社会福祉法人 和敬会倶楽部 理事長 上田雅和

ウ、 自動引き落とし（お手持ちの金融口座から対応させていただきます）

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）*

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担額相当)

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

(5) その他必要書類

- 初回ご利用の前、または長期間ご利用を中断された後の再利用時には、所定の様式の健康診断書を作成していただきます。作成費は利用者様のご負担となります。
- 介護保険証(初回利用時と更新認定のつど)と医療保険証(初回利用時と変更時)をご提示いただきます。

6. 苦情の受付について（契約書第20条参照）*

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口(担当者) [職名] 通所課課長 桂川 純弥
- 苦情解決責任者 [職名] 管理者 上田 範子
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスを事務所窓口に設置しています。

(2) 第三者委員 [担当] 鈴木智雄

当施設では、地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当施設のサービスに対するご意見などをいただいています。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

中津川市介護保険室	所在地 岐阜県中津川市かやの木町2番1号 電話番号 (0573)66-1111 FAX (0573)66-0634 受付時間 午前8時30分～午後5時
岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番1号 電話番号 (058) 275-9825・9826 FAX (058) 275-7635 受付時間 午前8時30分～午後5時

利用料金表

ご契約者様の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。(サービス利用料金は、ご契約者様の要介護度に応じて異なります。)

一、基本となる利用額(1回7時間以上8時間未満の場合)

要介護区分	利用額	自己負担分(1割)
要介護1	6,550円	655円
要介護2	7,730円	773円
要介護3	8,960円	896円
要介護4	10,180円	1,018円
要介護5	11,420円	1,142円

二、加算額(利用していただく場合は上記に加算します)

項目	加算額	自己負担分(1割)
入浴介助加算(Ⅰ)	400円/回	40円/回
入浴介助加算(Ⅱ)	550円/回	55円/回
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	560円/回	56円/回
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	850円/回	85円/回
個別機能訓練加算(Ⅱ)	200円/月	20円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円/回	18円/回
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 介護職員等	1ヶ月の利用総単位数×5.9%	
特定処遇改善加算(Ⅰ) 介護職員等ベースアップ等	1ヶ月の利用総単位数×1.2%	
支援加算	1ヶ月の利用総単位数×1.1%	

尚、一定以上の所得がある方は2割・3割の自己負担となります。

三、自費負担分

① 食費に関わる費用として(1日あたり)
昼食…750円(おやつ含)

② おむつ代

項目	金額
テープ付紙おむつ	80円/枚
紙パンツ	70円/枚
パッド	40円/枚

③ レクリエーション材料費 110円(1回あたり)

四、実費負担分(1ヶ月あたり)

学習療法費

実施希望者のみ料金表別紙