

通所介護・介護予防通所サービス重要事項説明書

〈平成28年4月1日現在〉

1. 施設サービスの相談窓口

相談窓口	デイサービスセンター生活相談員
電 話	0776-38-9282
受付時間	午前8時30～午後5時30分
休 日	8/14～8/15, 12/31～1/3、日曜日

*ご不明な点はなんでも
おたずねください。

2. あさむつ苑デイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類

名称	あさむつ苑 デイサービスセンター
所在地	〒918-8156 福井市引目町第21号9番地の2 FAX0776-38-9281
介護保険指定番号	通所介護(福井県 1870100227号)
サービスを提供する対象地域	福井市(麻生津・清明・木田・みのり・社)

(2) 事業所の職員体制

	常 勤	非常勤		常 勤	非常勤
管 理 者	1名(兼)		歯 科 衛 生 士		1名(非兼)
生 活 相 談 員	2名(兼1)		調 理 員	1名(兼)	
機能訓練指導員	1名	2名(非)	事 務 員	1名(兼)	
看 護 職	1名(兼1)	1名(非)	運 転 手		2名(非)
介 護 職	7名(兼1)	1名(非)	合 計	14名	7名

(3) 事業所の設備の概要

定員	35名(変更する場合あり)	静養室	1室 8床
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	2室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽と 個浴があります。	送迎車	7台(兼1)

(4) 営業時間

営業時間	午前9時00分～午後4時30分(予防の方は午後3時30分)
休日	8月14日～8月15日、12月31日～1月3日、日曜日

3. サービス内容

送迎	希望に応じて、専用車で各自宅まで送迎いたします。
食事	介護状態に応じた食事を提供いたします。必要に応じて食事介助を行います。
入浴	介護状態に応じて、一般浴、特殊浴、清拭を行います。
健康管理	簡単な健康チェックを行います。看護職員が健康状態・内服薬の管理を行います。口腔機能の低下している方、又はその恐れのある方に対して口腔機能改善のための計画を作成します。
機能訓練	身体機能の維持や自立支援に向けて、機能訓練を行います。
生活相談	介護サービスを含め、日常生活全般に関する悩み、疑問等を相談できます。

4. 料金

(1) 利用料金

① 通所介護サービス利用料

要介護度 1	656単位 / 日	7時間～9時間の場合
要介護度 2	775単位 / 日	
要介護度 3	898単位 / 日	
要介護度 4	1021単位 / 日	
要介護度 5	1144単位 / 日	
介護度に関わらず	50単位 / 日	延長加算 (9時間以上～10時間未満)
	100単位 / 日	(10時間以上～11時間未満)
	150単位 / 日	(11時間以上～12時間未満)

時間延長でのご利用は21時までとします。営業時間を延長してのご利用時の送迎はできません。(送迎時における居宅内介護はサービス提供時間に含めます)

② 中山間地区等に居住する者へのサービス提供加算

通常規定に定めている通常の事業実施地域を超えて居住する方にサービスを提供する場合、所定単位数の5%を加算します。

- ③ 入浴加算 50単位 / 回
- ④ 口腔機能向上加算 150単位 / 回 (限度：月 2回)
- ⑤ 個別機能訓練加算 I 46単位 / 日 (月曜～金曜)
- ⑥ 個別機能訓練加算 II 56単位 / 回 (月曜～金曜) 但し必要に応じて
- ⑦ サービス提供体制強化加算 I 12単位 / 日
- ⑧ 中重度者ケア体制加算 45単位 / 日
- ⑨ 認知度加算 60単位 / 日
- ⑩ 介護職員処遇改善加算 I 合計単位の4.0%加算
- ⑪ 地域区分上乘せ割合 (7級地 福井市を使用) 加算率 1.4%

(自己負担額は、合計単位×10.14円の1割となります)

⑫ 送迎未実施減算 片道につき 47単位

⑩食費

昼食 550円(全額自己負担となります。おやつ代含む。)
(朝食 400円・夕食 550円)

⑪その他

紙おむつ 1枚当たり100円
紙パンツ 1枚当たり85円
尿パッド 1枚当たり15円
ビニールケース 1つ 105円
歯ブラシ 1本 100円
散髪 1500円
顔剃り 500円
かみそり1本 100円
医療材料 実費

上記については実費をいただきます。レクリエーションにかかる経費等は自己負担となります。また延長ご利用で夕食を利用されたときは夕食費(550円)をいただきます。

介護予防通所介護サービス利用料 ・ 営業時間午前9時00分～午後3時30分

要支援 1	1647単位/月
要支援 2	3377単位/月
運動器機能向上加算	225単位/月
口腔機能向上加算	150単位/月
サービス提供体制強化加算1口 支援1	48単位/月
サービス提供体制強化加算1口 支援2	96単位/月

① 介護職員処遇改善加算 I 合計単位の4.0%加算

②地域区分上乗せ割合 (7級地 福井市を使用) 加算率 1.4%

③食費

昼食 550円(全額自己負担となります。おやつ代含む。)
(朝食 400円・夕食 550円)

④その他

紙おむつ	1枚当たり	100円
紙パンツ	1枚当たり	85円
尿パッド	1枚当たり	15円
ビニールケース	1つ	105円
歯ブラシ	1本	100円
散髪		1500円
顔剃り		500円
かみそり1本		100円
医療材料		実費

上記については実費をいただきます。レクリエーションにかかる経費等は自己負担となります。

(2) 支払い方法

毎月10日までに、前月分を請求させていただきます。20日までに指定の銀行口座より引き落としさせていただきます。契約時に口座自動引き落としの手続きをお願いします。なお、口座振替手数料108円の負担をお願いいたします。領収書は翌月発行致します。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦《重要事項説明書》4-(1)に定める1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日福井市介護保険課の窓口へ提出しますと、所定の手続き後に差額の払い戻しを受けることができます。

(3) 利用料金の変更

上記の各利用料については、国の基準等の改正、その他社会情勢の変動に伴って変更することがあります。

5. サービスの利用

(1) サービスの利用変更

居宅サービス計画の内容変更を希望される方は、介護支援専門員に相談ください。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書でお申し出下さい。

②事業所のご都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了15日前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族等などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当苑が事業を停止した場合、利用者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスをキャンセルした場合、利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族等などが当事業所や当事業所の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、直ちに契約を終了させていただく場合がございます。

6. サービス利用に当たっての留意事項

(1) 当日の欠席又は食事のキャンセルについて

当日午前8時20分までに、利用者やご家族等より電話連絡をお願いします。これ以降の連絡の場合、連絡がない場合は、その利用の自己負担額と昼食材料費300円を負担していただきます。また昼食に関しましては、摂られずに利用を中止される場合、利用中止が午前10時30分以降につきましては昼食材料費550円を負担していただきます。なおご負担いただきました昼食につきましては、食品衛生・安全管理のために施設で処分させていただきますので、持ち帰りはできません。

(2) 体調確認

風邪等病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

(3) 体調不良等によるサービスの中止、変更

当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合ご家族に連絡のうえ適切に対応いたします。ご利用中に体調が悪くなった場合にも、サービスを中止することがあります。その場合も、ご家族に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速

やかに嘱託医やかかりつけ医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。これらの場合の利用料金につきましては、その利用時間に応じて負担していただきます。

(4) サービスを中止した場合

同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

(5) 設備・器具の利用

利用にあたって破損のないようお願いいたします。

(6) 付き添いについて

当事業所内での介護は一切職員が行いますので不要です。ただし、利用者の体調等がご心配で付き添われる方はお申し出ください。

(7) 感染症の検査依頼について

必要に応じて検査を依頼します。費用については、半額個人負担となります。

7. 緊急時の対応方法

利用中の状態の変化や緊急の場合は、緊急連絡先に連絡するとともに、嘱託医やかかりつけ医師との連絡をとるなどの対応をいたします。

8. 事故発生時の対応および損害賠償

(1) 施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置をとります。

(2) 事業所の責めに帰すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

(3) 利用者の責めに帰すべき事故が発生した場合は損害賠償の請求をいたします。

9. 相談・要望・苦情等の窓口

施設のサービス内容についての相談・苦情・意見等は窓口までお申しつけください。
なお窓口の詳細は、当施設正面玄関にも掲示してあります。

(1) 当苑の窓口

①苑の窓口

通所介護事業に関するご相談・要望・苦情を承ります。窓口までお申しつけください。なお窓口の詳細は当施設正面玄関に掲示してあります。

担当者 管理者 林 佳 子

受付時間：午前9時00分～午後6時00分

電 話：38-9282 FAX：38-9281

②苦情相談第三者委員

苦情相談第三者委員を下記のように設けておりますので、委員に相談・苦情・意見等を申し出ることもできます。

酒 井 郷 衛 福井市江端町 24-22 電話 38-2172

福 野 家 光 福井市安保町 9-13 電話 38-1243

下 川 道 雄 福井市宝永3丁目 7-22 電話 22-5253

近 藤 喜代美 福井市種池 2-82 電話 35-8009

③理事長へ直通の私書箱

〒918-8691 福井南郵便局 私書箱12号（住所記入不要です）
社会福祉法人 新清会 理事長 吉田新内 宛

(2) 当苑以外の窓口

市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

福井市役所介護保険課 電 話：20-5715

福井県国民健康保険団体連合会

苦情処理窓口 電話 57-1614 まで

10. 苦情処理の体制

苦情があつた場合は、次の体制で行います。

- ①苦情内容の把握と説明
- ②苦情への具体的対応
- ③申立者への結果報告
- ④苦情処理台帳の作成
- ⑤関係機関への報告

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	福井市引目町第21号9番地の2
	名称	社会福祉法人 新清会 あさむつ苑 デイサービスセンター
	説明者	
		印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

(代理人兼連帯保証人)

	住所	
	氏名	印

○緊急時の対応

利用者氏名	
-------	--

体調の変化等、緊急の場合は下記に定める緊急連絡先に連絡します

緊急連絡先 1	
氏 名	(続柄)
住 所	〒 —
電話番号	
勤務先電話	
携帯電話	
緊急連絡先 2	
氏 名	(続柄)
住 所	〒 —
電話番号	
勤務先電話	
携帯電話	

主治医 1	
病院または 診療所名	() —
医 師	
医 師	
主治医 2	
病院または 診療所名	() —
医 師	
医 師	

利用者に関する個人情報の第三者への提供に関する同意書

利用者氏名 (以下「利用者」という) と社会福祉法人新清会あさむつ苑通所介護事業及び介護予防通所事業 (以下「事業者」という) は、利用者に関する個人情報を第三者機関へ提供することに関して、以下の3項に同意する。

- 1、事業者および事業者の使用するものは、サービスを提供する上で知りえた利用者およびその家族・代理人兼連帯保証人等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らさない。この守秘義務はサービスに関する契約が終了した後も同様とする。
- 2、事業者および事業者の使用するものが、サービスを提供する上で知りえた利用者およびその家族・代理人兼連帯保証人等に関する情報に関して、事業者が提供するサービス以外に利用者が利用するサービスを提供する第三者の機関等 (病院・居宅介護支援事業所等) に対して、提供することが必要かつ適切であると判断した内容の情報を事業者が提供することに、利用者およびその家族・代理人兼連帯保証人等はこの書面にて同意する。
- 3、事業者および事業者の使用する者がサービス提供をする上で知りえた利用者およびその家族・代理人兼連帯保証人等に関する情報に関して、事業者は、前項に関する情報の提供以外に利用者およびその家族・代理人兼連帯保証人等から予め文書で同意を得ない限り、第三者への情報の提供をしないこと。

契約締結日 平成 年 月 日

契約者氏名

利用者又は利用者代理人

[住 所]

[氏 名]

印

家族又は代理人兼連帯保証人

[住 所]

[氏 名]

印

事業者

[住 所] 福井市引目町21号9番地の2

[事業者名] 社会福祉法人 新清会

あさむつ苑デイサービスセンター

[代表者名] 施設長 吉田 雅世

印