

地域密着型通所介護サービス 重要事項説明書

希望館デイサービス ファミリア

地域密着型通所介護重要事項説明書

(希望館デイサービス ファミリア)

当施設は、ご契約者に対して地域密着型通所介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

当施設への利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方、と認定された方が対象です。
要介護認定をまだ受けていない方でも利用は可能です。

◆◆ 目 次 ◆◆

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	1, 2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	2, 3
6. 事故発生時の対応について	4
7. 苦情の受付について	4
8. 守秘義務について	4
9. 同意書	5

1. 施設経営

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 希望館ポコ・ア・ポコ有限会社 |
| (2) 所在地 | 加美郡加美町字下野目下久保中23番 |
| (3) 電話番号 | (0229) 68-1555 |
| (4) 代表者氏名 | 佐々木 弘毅 |
| (5) 設立月日 | 平成15年8月7日開設 |

2. ご利用施設

- | | |
|-----------|---|
| (1) 施設の種類 | 地域密着型通所介護（希望館デイサービス ファミリア） |
| (2) 施設の目的 | 要介護認定を受けた方々に対しその能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、入浴・排泄・食事等の介助、その他日常生活の世話及び個別機能訓練を提供致します。 |
| (3) 施設の名称 | 希望館デイサービス ファミリア |
| (4) 施設所在地 | 加美郡加美町字大門222 パンションファミリアD212号 |
| (5) 電話番号 | 0229-64-1677 FAX 0229-63-6323 |

- (7) 施設長氏名 佐々木 もとみ
 (8) 運営方針 利用者の人権及び個別性を尊重し、援助技術、資質の向上を図り、一人ひとりの特性とニーズに応じたケアプランを策定し、利用者本意の質の高い多様なサービスが提供出来るように努めるとともに、家族および保健・医療との連携を密にして、心身機能の低下防止を図り、生活リズムの安定化を保ち、楽しみと安らぎの持てる、明るくなごやかな生活環境づくりに努めます。
 (9) 開設年月日 平成23年6月1日(開設)
 (10) 入所定員 18名(介護給付対象者・予防給付対象者合計)

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 加美郡加美町
 (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土	祝日(12/31～1/3年末年始は休み)
受付時間	月～土	午前8時00分～午後5時30分
サービス提供時間	月～土	午前9時00分～午後4時15分

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して地域密着型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・職種の配置状況、勤務体制> ※職員の配置は、指定基準を遵守しています。

職 種	人 員
1. 施設長(管理者)	1(生活相談員・介護職員・兼務)
2. 介護職員 (非常勤職員)	5(専従2名 兼務3名) 6(専従6名)
3. 生活相談員	3(介護職員と兼務)
4. 看護師	2(非常勤兼務2名)
	*機能訓練指導員と兼務
5. 機能訓練指導員	1(柔道整復師 非常勤・専従)

勤務時間 8時00分～17時30分

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) サービス概要

①介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

- ・入浴……………入浴は希望により毎日行います。
- ・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。
- ・機能訓練及び運動機能向上プログラム……………機能訓練担当者により、ご契約者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止する為の訓練を実施します。

②介護保険の給付対象とならないサービス

- ・食 事 (但し、食材料費は別途頂きます。)

当施設では、栄養及びご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

また、ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとって頂くことを原則としています。

- ・食事時間 昼食 12:00～12:40

(2) サービス利用料金

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いください。（サービスの利用料金は要介護度に応じて異なります。）

① 要介護者（介護給付 7時間～8時間提供）

※1日あたり

基本料金		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
時間 7 8	ご契約者のサービス利用料金（全額）	7530円	8900円	10320円	11720円	13120円
	うち、介護保険から給付される金額	6777円	8010円	9288円	10548円	11808円
	サービス利用に係る自己負担額	753円	890円	1032円	1172円	1312円
	食材費（雑費を代含む）	700円				

加算料金（1割が自己負担金額）

機能訓練加算Ⅰ	56単位/日
入浴加算	40単位/日
科学的介護推進体制加算	40単位/月
ADL維持加算（Ⅰ）	30単位/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	介護保険料に9.0%
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位/日

※介護サービスを利用した時の負担割合が通常1割ですが、年金収入などで一定の所得のある方は2割～3割になります。
2割負担の方・・・収入が年金のみの場合は、年収280万円以上の方が、年金収入以外がある場合は合計所得金額が160万円以上の方が対象になります。

3割負担の方・・・年金収入などが340万円以上（年金収入のみだと344万円）の人が、3割負担の対象となります。
（平成30年8月より）

※利用者宅と事業所との間の送迎を行わない場合、片道につき47単位の減算を行います。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。介護保険からの給費額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス提供月の、翌月10日前後に請求書を発行いたしますので、お手元に届きましたらお支払いください。

(4) 利用中止、変更、追加

・利用予定日の前に、ご契約者の都合により、地域密着型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者申し出てください。

- ・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頂く場合があります。
但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、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)

6. 事故発生時の対応について

- (1) 緊急時等における対応について・・・サービス実施中に利用者の病状急変その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずると共に管理者及び家族に報告いたします。
- (2) 非常災害対策・・・・・・・・・・・・・・非常災害に関する具体的計画を立てると共に非常災害に備えるため、定期的に避難、搬出その他必要な訓練を行い対応していきます。

7. 苦情の受付について (契約書22条参照)

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

窓口担当者 生活相談員 大場 宏彰 千葉 麻美

ご利用時間 毎週月曜日 ~ 土曜日 8時00分から17時30分

ご利用方法 電話 及び 面接

また苦情受け付け箱を施設内に配置しています。

(2) 当施設外における苦情の受付

- ・国民健康保険連合会 TEL 022-222-7700
- ・加美町役場 保健福祉課 TEL 0229-63-7870
- ・加美町地域包括支援センター TEL 0229-63-3600

8. 守秘義務について

- (1) 事業者及びサービス従業者は、地域密着型通所介護サービス、を提供するうえで知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由もなく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、サービスの契約の有無に係らず継続します。
- (2) 事業者は、緊急に医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供させていただきます。
- (3) 全2項にかかわらず、利用者に係る他の居宅介護支援事業者との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる事への事前の同意を得た上で、利用者又は利用者家族の個人情報を用いることがありますので宜しくお願い致します。

同意書

令和 年 月 日

地域通所密着型通所介護の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

地域密着型通所介護施設 希望館デイサービス ファミリア

説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者より重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護サービス利用開始に同意し交付を受けました。

利用者住所
〒

氏名 印
署名代行者 ()