

重要事項説明書

社会福祉法人 岩見沢福社会
デイサービスセンターいわみざわ

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人岩見沢福祉会
(2) 法人所在地 北海道岩見沢市北2条西12丁目4番1号
(3) 電話番号 0126-33-8900
(4) 代表者氏名 理事長 嵐 幸雄
(5) 設立年月日 平成15年4月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成16年4月1日指定
指定介護予防通所介護事業所・平成18年4月1日指定
※当事業所はケアハウス岩見沢に併設されています。
- (2) 事業所の目的 ①指定通所介護及び指定介護予防通所介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、通所介護・予防介護サービスを提供します。
②原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定を受けていない方でもサービスの利用は可能です。（健康クラブの登録が必要です。）
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターいわみざわ
- (4) 事業所の所在地 北海道岩見沢市北2条西12丁目4番1号
- (5) 電話番号 0126-33-8910
- (6) 事業所長 施設長 佐藤 敬一
- (7) 当事業所の運営方針 ①センターの生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るための各種サービスの提供を行い、生活の質の確保を重視した在宅生活が継続できるように支援をいたし、利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持向上並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることに努めます。
②事業の実施に当っては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月日 平成16年4月1日
- (9) 通常の事業の実施地域 岩見沢市全域
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～日曜日（12月31日～1月3日は休み）
サービス提供時間	午前9時15分～午後4時30分

- (11) 利用定員 定員 40人（指定通所介護及び指定介護予防通所介護定員を含む）

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護及び指定介護予防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、人員の指定基準に基づいています。

職種	常勤	非常勤	合計	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1人		1人	1人
2. 介護職員	5人（兼務1人）	4人	7人	7人以上
3. 看護職員	2人（兼務2人）	2人	3人	1人以上
4. 生活相談員	2人（兼務1人）		2人	1人以上
5. 機能訓練指導員	2人（兼務2人）		2人	1人以上

4. 当事業所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。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス

① 指定通所介護の内容は次のとおりとする。

1. 介護サービス
2. 健康状態の確認
3. 給食サービス
4. 入浴サービス
5. レクリエーション
6. 機能訓練
7. 生活指導（相談援助等）
8. 送迎
9. その他利用者に対する便宜の提供

② 指定介護予防通所介護の内容は次のとおりとする。

1. 共通的服务
日常生活上の支援
生活行為向上支援
入浴
送迎
2. 選択的サービス
運動器の機能向上
3. その他利用者に対する便宜の提供

(2) サービス利用料金等

指定通所介護及び指定介護予防通所介護の料金は、下記の料金表によって、各々の区分、ご契約者の要介護度に応じた利用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。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度及びサービスの利用に応じて異なります。）

①指定介護予防通所介護（1月あたり）

1. ご契約者の要支援と利用料金		要支援1	要支援2	備考
基本	介護報酬	円 16,470	円 33,770	
	サービス提供体制強化加算	720	1,440	
	小計(A)	21,630	43,320	
選択的加算	生活機能向上グループ活動加算	1,000	1,000	
	運動器機能向上加算	2,250	2,250	
	口腔機能向上加算	1,500	1,500	
	小計(B)			
基準加算	介護職員処遇改善加算	1,000分の40	1,000分の40	
	小計(C)			
合計(D)				
2. 共通サービス及び選択的サービスの額並びに基準加算率を合算し ((A)+(B)+(C)=(D))、介護保険から給付される額(9割)を差し引いた額(1割がサービス利用に係わる自己負担額(D)×10%)となります。				

②指定通所介護（1回あたり）【通常規模型通所介護費 7時間以上9時間未満】

1. ご契約者の要介護度と利用料金	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	備考
介護報酬(基本)	円 6,560	円 7,750	円 8,980	円 10,210	円 11,440	
サービス提供体制強化加算	180	180	180	180	180	
入浴加算	500	500	500	500	500	
個別機能訓練加算(I)	460	460	460	460	460	
計(A)						
介護職員処遇改善加算	1,000分の40	1,000分の40	1,000分の40	1,000分の40	1,000分の40	
計(B)						
2. 介護報酬(基本)に各種サービス加算額を合算(A)に処遇改善加算を乗じた額から介護保険より給付される額(9割)を差し引いた額(1割)が自己負担額(B)×10%となります。						

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。介護認定を受けた後、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)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。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。

☆ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記(3)①参照)

☆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、ご契約者の負担額を変更

します。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事の材料提供

当事業所では、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況および嗜好を考慮した食事を提供します。 一食550円

② レクリエーション、クラブ活動、行事等

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③ 複写物の交付

ご契約者は、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。1枚につき10円

④ 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いただくことが適当であるものにかかる費用を実費負担いただきます。

(4) 利用料金のお支払方法

前記(2)、(3)の料金・費用は、一ヶ月ごとに計算し、翌月15日までにご請求いたしますので、月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

① 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：信用金庫、郵便局等

② 下記指定口座への振込み

1) 空知信用金庫 鉄北支店 口座番号 0420198

社会福祉法人岩見沢福祉会 デイサービスセンターいわみざわ

③ 現金での支払い

当事業所での窓口での支払いは午後1時から3時の間をお願いします。

※①または②をご利用の場合の金融機関取扱い手数料はご契約者の負担となります。

(5) 利用の中止、変更、追加

○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者へ申し出てください。

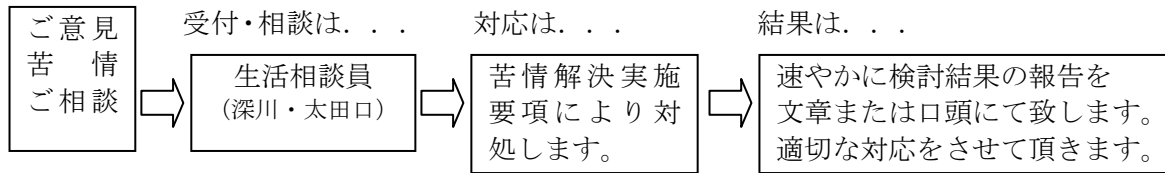
○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

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 % (自己負担相当額)

○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期間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. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付と手順については次のように処理されます。



当事業所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。

- 苦情受付窓口 生活相談員（深川・太田口）
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：00～17：00
- 電話番号 0126（33）8910

※ 苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

岩見沢市役所 健康福祉部	所在地：岩見沢市鳩が丘1丁目1番1号 電話番号：0126-23-4111
岩見沢市社会福祉協議会	所在地：岩見沢市11条西3丁目1-9 電話番号：0126-22-2960

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年○回利用者及び従業者等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

上記の重要事項を証するため、本書2通を作成し、ご利用者、事業者が記名捺印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

平成 年 月 日

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 () _____

上記代理人 (代理人を選任した場合)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 () _____

(立会人) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(注) 「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載して下さい。
なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

(事業者)

所在地 岩見沢市北2条西12丁目4番1号

社会福祉法人 岩見沢福社会

事業社名 デイサービスいわみざわ

代表者名 施設長 佐藤 敬一 (印)

電 話 0126-33-8910