

「通所介護・小樽市通所介護相当サービス」重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して通所介護・小樽市通所介護相当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。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」もしくは「要支援」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------|
| (1) 法人名 | 医療法人社団 三ツ山病院 |
| (2) 法人所在地 | 小樽市稲穂1丁目9番2号 |
| (3) 電話番号 | 0134-23-1289 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 中井 義仁 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 通所介護・小樽市通所介護相当サービス |
| (2) 事業所の目的 | 要介護・要支援状態のある高齢者に対し、適正な指定通所介護及び小樽市通所介護相当サービスを提供することを目的とします。 |
| (3) 事業所の名称 | デイサービスセンター アザレア |
| (4) 事業所の所在地 | 小樽市入船4丁目28番1号 |
| (5) 電話番号 | 0134-61-1752 |
| (6) 管理者 | 若松 恵 |
| (7) 事業所の運営方針 | 要介護者の心身の特性を踏まえて、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よう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。 |
| (8) 開設年月日 | 平成28年10月1日
事業所番号 0172002388 |
| (9) 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

小樽市内

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金 (但し祝日、年末年始休み)
営業時間	9:00～17:00
サービス提供時間	9:30～14:45

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して通所介護（小樽市通所介護相当）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。

管理者	1名
生活相談員	1名以上
看護職員	1名以上（連携先は訪問看護ステーションアザレア）
介護職員	3名以上
機能訓練指導員	1名以上

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用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契約者にご負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付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（通常9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 入浴

・入浴または清拭を行います。

② 排泄

・ご利用者の排泄の介助を行います。

③ 機能訓練

・機能訓練指導員により、ご利用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回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 送迎サービス

・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

※介護保険制度改定に伴いサービスに変更があった場合、別紙にて担当者よりご説明、ご利用者の同意をいただきます。

〈サービス料金〉

ご利用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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービス料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります）

※ご利用者に提供する食事にかかる費用は別途いただきます。（下記表参照）

※介護保険の給付額や負担率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。

■通常規模型通所介護費（5時間以上6時間未満の場合）

区分	介護度	利用料（1割）	利用料（2割）	利用料（3割）
要 介 護	要介護1	570円	1,140円	1,710円
	要介護2	673円	1,346円	2,019円
	要介護3	777円	1,554円	2,331円
	要介護4	880円	1,760円	2,640円
	要介護5	984円	1,968円	2,952円

加算項目	利用料（1割）	利用料（2割）	利用料（3割）
入浴介助加算	40円	80円	120円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56円	112円	168円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20円/月	40円/月	60円/月
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円	36円	54円

※上記利用料の他、

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）～介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に9.2%を乗じたものが加算されます。

■小樽市通所介護相当サービス（一ヶ月の利用料金となります）

要介護度	ご利用者負担金（1割）/月
要支援1	1,798円
要支援2	1,798円（週1回程度利用）
要支援2	3,621円（週2回程度利用）
要介護度	ご利用者負担金（2割）/月
要支援1	3,596円
要支援2	3,596円（週1回程度利用）
要支援2	7,242円（週2回程度利用）
要介護度	ご利用者負担金（3割）/月
要支援1	5,394円
要支援2	5,394円（週1回程度利用）
要支援2	10,863円（週2回程度利用）

加算項目	利用料（1割）	利用料（2割）	利用料（3割）
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月
サービス提供体制強化加算Ⅱ 要支援1・2（週1回程度利用）	72円/月	144円/月	216円/月
サービス提供体制強化加算Ⅱ 要支援2	144円/月	288円/月	432円/月

※ 送迎料金は、サービス利用料金に含まれますが、実施地域を超えた地点からは、1キロメートルあたり30円徴収します。

※ 介護保険外のサービスとしまして飲食費1食650円をご利用者負担とさせていただきます。

※上記利用料の他、

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）～介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に9.2%を乗じたものが加算されます。

（2）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、利用料金の金額がご利用者の負担とさせていただきます。

① 食事の提供（飲食費）

飲食費は1食650円とさせていただきます。

② レクリエーション、クラブ活動

ご利用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くこともあります。

その際には、予めご連絡します。

(3) 利用料金お支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は当月サービス利用終了の翌月15日前後に請求書を発行しますので、下記のお支払い方法で翌月27日までにお支払いいただきます。また、現金でのお支払いも翌月27日までとさせていただきます。

①口座引き落とし

②銀行振り込み

1. 北海道信用金庫

支店名：小樽支店(201) 口座番号：普通 0004452

② 現金でのお支払い

(4) サービス利用の中止

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、指定通所介護サービスの利用を中止することができます。この場合には、利用予定日の前日17:00までに事業所に申し出てください。

【連絡先】電話番号 0134-61-1752

(5) サービス利用の変更

利用者が指定通所介護サービスの変更等を希望する場合は、いつでも事業所に申し出てください。該当利用者に係る居宅介護支援事業所への連絡、その他の必要な援助を行います。

6. 苦情の受付について

当事業所は苦情受付窓口を設置しており利用者・家族からの苦情に迅速、適切に対応します。また、本事業所への苦情やご意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

(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ご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口：〔管理者〕若松 恵

○受付時間：月曜日～金曜日(9:00～17:00)

○電話番号：0134-61-1752

(2) 行政機関その他苦情受付機関

小樽市福祉保険部介護保険課	所在地 小樽市花園2丁目12番1号 電話番号 0134-32-4111
国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談ダイヤル	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5175

7. 事故の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、市町、家族、居宅介護支援事業所への連絡など必要な措置を講じ、事故の状況や事故に関して採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

8. 非常災害対策

防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行います。

9. 第三者評価の実施状況

無し

10. 虐待防止に関する事項

(1) 虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施し、担当者を置きます。

(2) サービス提供中に、職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

<重要事項 説明欄>

通所介護・小樽市通所介護相当サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日：令和 年 月 日

デイサービスセンター アザレア

説明者： 印

上記の内容の説明を受け、了承しました。

利用者

[住 所]

[電 話]

[氏 名]

印

代理人

[住 所]

[電 話]

[氏 名]

印

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

1 使用する目的

- (1) 利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合
- (2) 教育、研究上において必要な場合（この場合において本人の住所、氏名、電話番号は公表しません）
- (3) 写真等の掲載（施設内の掲示、予定表内での使用）

2 使用する事業者の範囲（居宅サービス計画に定められた事業者）

3 使用する期間

デイサービスセンターアザレアとの契約から契約終了の日まで

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては、関係者以外の者にもれることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

<肖像権について>

施設の、社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する

同意しない

私は、上記までの内容及び説明に同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

名前 _____ 印

家族・代理人(代理人を選任した場合)

住所 _____

名前 _____ 印