

指定通所介護事業

重要事項説明書

社会福祉法人 宏喜会
デイサービスホーム 幸楽園

「指定通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険指定を受けています。

[広島県指定 347151183]

当事業所はご利用者に対して指定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、契約上ご注意くださ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」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも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. 事故発生時の対応及び緊急時の対応について

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 宏喜会
- (2) 法人所在地 広島県福山市蔵王町 7159 番地 14
- (3) 電話番号 084-947-3111
- (4) 代表者氏名 理事長 寺岡 俊人
- (5) 設立年月日 昭和 57 年 10 月 9 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 12 年 4 月 1 日指定
- (2) 事業所の名称 デイサービスホーム幸楽園
- (3) 事業所の所在地 広島県福山市蔵王町 7159 番地 14
- (4) 電話番号 084-947-5000
- (5) 管理者 氏名 光 成 謙 二
- (6) 開設年月日 昭和 62 年 1 月 12 日
- (7) 利用定員 30 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

福山市内 ただし、走島・内海・沼隈町、鞆・田尻町、高西・東村町・本郷・松永・柳津・神村・金江町、芦田・新市、山野町を除く。

(2) 営業日及び営業時間

営業日 月曜日～土曜日 (定休日は日曜日)

受付時間 8:30～17:30

サービス提供時間 月～土 9:20～16:30

お盆休み＝8月13日～8月15日、年末年始休み＝12月30日～1月3日

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者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。

管理者（施設長）	常勤	1人（兼務）		計1人
生活相談員	常勤	2人（内兼務1人）		計2人
看護師又は准看護師	常勤	1人（兼務）	非常勤1人	計2人
介護職員	常勤	8人（内兼務1人）	非常勤1人	計9人
機能訓練指導員	常勤	1人（兼務）	非常勤1人	計2人

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負担いただく場合があります。

(1) 介護保険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（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

・入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排泄

・ご利用者の排泄の介助を行います。

③ 健康管理

・看護職員が、健康管理を行います。

④ 送迎

・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。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、路程1kmあたり、20円の送迎費用をご負担いただきます。

* 介護保険制度改定に伴い上記のサービスの変更があった場合、別紙にて担当者よりご説明、ご利用者の同意を頂きます。6ページの介護保険制度改定についての内容説明とご利用者同意についてをご参照下さい。

《サービス利用料金（1回あたり）》

(1)介護給付費

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)をお支払い下さい。(上記サービスの利用料金は、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係る費用は別途頂きます。(下記表参照)

☆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、ご利用者の負担額を変更します。また、別紙にてお知らせさせていただきます。

■ 併設型通所介護費（7時間以上8時間未満の場合）

利用者介護度と利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,580	7,770	9,000	10,230	11,480
ご利用者負担金（1割）	658	777	900	1,023	1,148
ご利用者負担金（2割）	1,316	1,554	1,800	2,046	2,296
ご利用者負担金（3割）	1,974	2,331	2,700	3,069	3,444
入浴介助	400	400	400	400	400
ご利用者負担金（1割）	40	40	40	40	40
ご利用者負担金（2割）	80	80	80	80	80
ご利用者負担金（3割）	120	120	120	120	120
サービス提供体制強化加算 I	220	220	220	220	220
ご利用者負担金（1割）	22	22	22	22	22
ご利用者負担金（2割）	44	44	44	44	44
ご利用者負担金（3割）	66	66	66	66	66
基本利用料金合計（10割）	7,200	8,390	9,620	10,850	12,100
利用者負担金合計（1割）	720	839	962	1,085	1,210
利用者負担金合計（2割）	1,440	1,678	1,924	2,170	2,420
利用者負担金合計（3割）	2,160	2,517	2,886	3,255	3,630
介護職員等処遇改善加算 I	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%

介護職員等処遇改善加算 I は基本サービス費に各種加算を加えた金額に 9.2%を掛けます

介護保険内サービス料 介護保険外サービス料金(食費)

* ご利用者負担合計金額 + 600円 =

* 送迎料金はサービス料金に含まれております。

* 介護保険外サービスとしまして食費 600円をご利用者に負担頂きます。

(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、利用料金の全額がご利用者負担とさせていただきます。

① 食事の提供（食費）

ご利用者に提供する食事にかかる費用です。栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。ご利用者の自立支援のため離床して食道にて食事をとって頂くことを原則とします。

（食事時間） 昼食： 12：00～13：00

（食費） 昼食 1日 600円

② レクリエーション、クラブ活動（アクティビティ・サービス）

園内外での多様なレクリエーション活動を計画し、また工作、書道、音楽、カラオケ等のクラブ、サークル活動、おやつ作りなどの調理、その他の創作活動等、日常的な心身の活性化のための活動を計画し、ご利用者の希望でご参加頂くようにしています。

(3)利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス終了後、翌月15日前後に請求書を発行しますので、27日までにお支払いください。お支払いは、現金又は銀行口座振込、又は郵便為替でお願いします。

(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、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、実施日当日の8：20までに申し出てください。

連絡先 電話084-947-5000 デイサービスホーム幸楽園

(5)サービス利用の変更

利用者が通所介護サービスの変更等を希望する場合は、いつでも申し出てください。当該利用者に係る居宅介護支援業者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。又事業所への苦情やご意見は行政やその他苦情受付期間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

○苦情受付窓口（担当者）

デイ主任・生活相談員 井岡美佐子

生活相談員 松田直美

○受付時間 月曜～土曜 8：30～17：30

(2)行政機関その他苦情受付機関

福山市役所介護保険課

受付時間 8：30～17：00

所在地 福山市東桜町3-5 電話番号 084-928-1166

国民健康保険団体連合会 介護保険課介護第二係

受付時間 8：30～17：30（土・日・祝日を除く）電話 082-554-0782

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、家族、居宅支援事業者、市町村等への連絡など必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際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. 緊急時の対応について

サービス提供時に利用者の症状が急変した場合、その他必要な場合は速やかに主治医や病院への連絡など必要な措置を講じます。

- ・指定通所介護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。

年 月 日

デイサービスホーム幸楽園

説明者職名 園長(管理者) 氏名 光 成 謙 二 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

氏名 _____ 印