さぎの宮寮デイサービスセンター重要事項説明書

（介護予防通所サービス）

さぎの宮寮デイサービスセンター（以下「事業所」という。）はご利用者に対して指定通所介護、指定介護予防通所サービスを提供します。（以下「通所介護サービス等」という。）当事業所の概要や提供されるサービスの内容を次の通りに説明します。

※通所介護サービス等の利用は、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が、要介護認定申請中の方であればサービスの利用は可能です。又、地域包括支援センターの基本チェックリストにより、事業対象者と判断された方の利用も可能です。

１．事業所の状況

（１）名称　　さぎの宮寮デイサービスセンター

（２）所在地　　静岡県浜松市東区小池町３８番地の１

（３）電話番号　　０５３－４３４－５７１０

（４）設置主体　　社会福祉法人　峰栄会

（５）経営主体　　同上

（６）事業所の規模・構造

①通常規模型通所介護（介護予防通所サービスを含む）

鉄筋コンクリート造り４階建

（内１階部分　延　５５０．７７㎡）

（７）敷地面積　　１，８７５．２８㎡

（８）事業所開始年月日

平成　３年　４月　１日　Ｂ型

平成　５年　４月　１日　Ｅ型

平成　９年１１月　１日　ホリデーサービス

平成１２年　４月　１日　併設型通所介護

認知症専用併設型通所介護

平成１８年　４月　１日　通常規模型通所介護（介護予防を含む）

地域密着型認知症対応型通所介護

（介護予防を含む）

平成２３年　４月　１日　通常規模型通所介護（介護予防を含む）

平成２９年　４月　１日　通常規模型通所介護

（介護予防通所サービスを含む）

２．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サービス等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。

指定通所介護（介護予防通所サービスを含む）

職種	勤務体制				職務内容
管理者	常勤	１名	非常勤	０名	管理者は職員等の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	常勤	厚生労働大臣の定める基準に準ずる	非常勤	厚生労働大臣の定める基準に準ずる	生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービスの調整、居宅介護支援事業者等、他の機関との連携において必要な役割を果たす。
介護職員	常勤	厚生労働大臣の定める基準に準ずる	非常勤	厚生労働大臣の定める基準に準ずる	介護職員は通所介護の提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し適切な介助を行う。
看護職員	常勤	厚生労働大臣の定める基準に準ずる	非常勤	厚生労働大臣の定める基準に準ずる	看護職員は、健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。
運転手	常勤	０名	非常勤	２名	車両の運転業務。
管理栄養士	常勤	１名	非常勤	０名	利用者の栄養状態を的確に把握し必要な計画を立て実施する。
機能訓練指導員	常勤	１名	非常勤	２名	利用者が運動器機能向上訓練を行うために必要な計画を立て実施する。

３．営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日　（但し敬老の日は休み）
営業時間	８：００～１７：００
サービス提供時間	９：２０～１５：４０

４．定員

指定通所介護（介護予防通所サービスを含む）	３０名

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所の通所介護サービス等の提供（介護保険適用部分）に際し、ご利用者が負担する利用料金は、適用期間に応じた利用者の負担の割合負担の割合欄に記載された割合分の金額となります。但し、介護給付の範囲を超えたサービスの利用料金は全額自己負担となります。また、居宅サービス計画・介護予防支援計画の作成が済んでいない方等は償還払いになることもあります。

（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、１単位＝１０．１４円として、負担割合分の金額となります。

【基本料金】

	介護予防通所サービス（月）	
要支援１・２	１６４７単位	週１回程度
要支援２	３３７７単位	週２回程度

※サービス提供体制強化加算（Ⅱ）要支援１　２４単位／月を加算する。

※サービス提供体制強化加算（Ⅱ）要支援２　４８単位／月を加算する。

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を加算する。（総単位数の５．９％）

６時間以上７時間未満

	通常規模型通所介護	
要介護１	５７２単位	日
要介護２	６７６単位	日
要介護３	７８０単位	日
要介護４	８８４単位	日
要介護５	９８８単位	日

※サービス提供体制強化加算（Ⅱ）６単位／１回を加算する。

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を加算する。（総単位数の５．９％）

※何かしらの事由で通常の利用時間より短い利用となる場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。また、施設送迎を伴わない場合（家族送迎等）は、片道につき４７単位を減算する。

要介護

① 入浴：５０単位

心身の状態にあわせた浴槽で入浴します。

一般浴　歩行可能な方が入浴できます。

中間浴　座位のままで入浴できます。

特　浴　寝たままの状態で入浴できます。

② 栄養マネジメント加算：１５０単位／回　※月２回まで。原則３ヶ月

低栄養状態にある者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切な

サービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合。

③ 口腔機能向上加算：１５０単位／回　※月２回まで。原則３ヶ月

口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者に対し、看護職員が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合。

要支援・事業対象者

①運動器機能向上加算：２２５単位／月

②栄養改善加算：１５０単位／月

③口腔機能向上加算：１５０単位／月

④生活機能向上グループ活動加算：１００単位／月

（２）介護保険の対象とならないサービス

※以下のサービスについては、利用料金の全額がご負担となります。

① 食費：５５０円

ご利用者に提供する食事にかかる費用、および食事の提供を行なう体制を確保するための費用となります。

② おやつ費：８０円

ご利用者に提供するおやつにかかる費用となります。

③ 複写物の交付：１枚につき１０円

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつま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いただきます。

④ 写真代：１枚につき３０円

活動や行楽などにおいて写真を撮り、ご利用者が写真を希望された場合は、写真代をいただきます。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活上で必要な用品等に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものについては、自己負担となります。但し、原則として、おむつ・尿パット等はサービス実施日に持参していただくこととします。

〈おむつ代：１５０円　尿パット代：３０円　紙パンツ代：１９０円〉

（３）利用料金の支払い方法

前記（１）（２）の利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払ください。但し、口座振替手数料、振込手数料は利用者が負担することとします。請求書は、翌月２０日までにお渡し、支払い期日は翌々月１２日となります。

①口座振替

②当事業所窓口での現金支払

③下記の指定口座への振込

振込銀行	清水銀行	有玉支店
口座番号	普通預金	2040604

口座名　　社会福祉法人　峰栄会　理事長　高杉　英成
ｼｬｶｲﾌｸｼﾎｳｼﾞﾝ　ﾎｳｴｲｶｲ　ﾘｼﾞﾁｮｳ　ﾀｶｽｷﾞ　ｴｲｾｲ

（4）サービスの中止・変更・追加

ご利用者はサービス実施日当日の８：００までに、サービスの中止・変更・追加を申し出ることができます。なお、当日の８：００以降の申し出は取り消し料として、次項の料金をいただきますが、利用者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではございません。

ご利用日当日　８：００までの申し出の場合	無料
ご利用日当日　８：００以降の申し出の場合	食費分

６．契約終了

（1）自動的契約終了

（2）利用者からの申し出による契約終了

（3）事業者からの申し出による契約終了

※上記事由契約書参照

７．虐待防止のための措置について

当事業所では、利用者の人権擁護・虐待防止等のため、必要な体制の整備(責任者の選定・職員への研修方法・研修計画など)を行います。虐待や虐待を疑われる場合は、必要な対応を講じます。

８．苦情の受付、協議事項、裁判管轄

（1）苦情の受付

当事業所における苦情、ご相談窓口

担 当 者　　河合鮎美
受付時間　　８：３０～１７：３０
電話番号　　０５３－４３４－５７１０
ＦＡＸ　　０５３－４３４－５１０８

行政機関その他苦情受付機関

浜松市役所　介護保険課

所 在 地　　浜松市中区元城町１０３番地の２
電話番号　　０５３－４５７－２３２４
ＦＡＸ　　０５３－４５０－００８４

国民健康保険団体連合会

所 在 地　　静岡市葵区春日２丁目４番３４号
電話番号　　０５４－２５３－５５９０
ＦＡＸ　　０５４－２５１－３４４５

（2）協議事項　契約書参照

（3）裁判管轄　契約書参照

通所介護サービス等提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

所在地　　浜松市東区小池町３８番地の１
名　称　　さぎの宮寮デイサービスセンター

説明者　　職種

氏名　　印

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

平成　　年　　月　　日

利用者　　住所

氏名　　印

代理人　　住所

氏名　　印