

聖頌園デイサービスセンター重要事項説明書（予防）

1 通所介護事業者（法人）の概要

名称	社会福祉法人牧羊福祉会
代表者名	理事長 吉村光広
所在地・連絡先	石川県鳳珠郡穴水町字岩車6, 27番地2 電話 0768-56-1581 FAX0768-56-1078

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業者番号

事業所名	聖頌園デイサービスセンター
所在地・連絡先	石川県鳳珠郡穴水町字岩車6, 27番地2 電話 0768-56-1581 FAX0768-56-1078
事業所番号	石川県指定 1771700125 号
管理者の氏名	吉村 光広
利用定員	30名
建物の構造	鉄骨鉄筋コンクリート造 地上1階
延床面積	389.37㎡

(2) 事業所の職員体制

(人)

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後の 人数 (人)
		常勤	非常勤	
管理者	(1)	(1)		0.5
生活相談員	(2)	(2)		1
介護職員	4(4)	4(4)		6
看護職員	(2)	(2)		1
機能訓練指導員	(2)	(2)		1

() 内は兼務

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者常勤（併設施設 指定介護老人福祉施設 能登穴水聖頌園、聖頌 園ヘルパーステーショ ンの管理者と兼務）	勤務時間 ① 7：30～16：30（休憩時間 60 分） ② 7：30～17：00（休憩時間 90 分） ③ 8：00～17：00（休憩時間 60 分） ④ 8：30～17：30（休憩時間 60 分）
生活相談員（常勤） （介護員兼務）	
介護職員（常勤）	
看護職員（常勤） （介護員兼務）	
機能訓練指導員 （看護師兼務）	

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	穴水町
---------	-----

※上記地域外でもご希望の方はご相談下さい。

(5) 営業日

営業日	営業時間
平日・土曜日	9:00～16:00
営業しない日	日曜日・年末年始各 2 日（12 / 30、31、1 / 1、2）

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービスの内容

種類	内容
食事	(食事時間) 12:00 より 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 食事サービスの利用は任意です。
入浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
口腔ケア	利用者の状況に応じて口腔機能改善のための適切なサービスを実施致します。
生活相談	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の健康状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用（保険対象自己負担分）

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合（1 回あたり）

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者の自己負担額	364 円	417 円	472 円	525 円	579 円

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合（1 回あたり）

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者の自己負担額	382 円	438 円	495 円	551 円	608 円

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合（1 回あたり）

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者の自己負担額	561 円	663 円	765 円	867 円	969 円

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合（1 回あたり）

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者の自己負担額	575 円	679 円	784 円	888 円	993 円

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合（1 回あたり）

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者の自己負担額	648 円	765 円	887 円	1,008 円	1,130 円

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の合計に 5.9%加算されます。

※介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の合計に 1.0%加算されます。

○加算（1日につき）

①サービス提供体制加算Ⅱ（要介護1～5共通）

6円/日	生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の総数のうち3年以上の勤続年数職員のある者の割合が30%以上で加算されません。
------	---

②入浴介助加算（要介護1～5共通）

50円/日	入浴サービスをご利用頂いた場合に加算されます。
-------	-------------------------

③個別機能訓練加算Ⅰ及びⅡ

個別機能訓練加算Ⅰ 46円/日	利用者に対し、住み慣れた地域で在宅生活を継続することができるように、機能訓練指導員等が身体や生活機能の維持または向上を目指し訓練を提供します。 （Ⅰ）は身体機能への働きかけを中心とした訓練を行った場合、（Ⅱ）は心身機能・活動・参加といった生活機能にバランスよく働きかける訓練を行った場合に算定されます。
個別機能訓練加算Ⅱ 56円/日	

④ADL維持等加算

ADL維持等加算（Ⅰ） 3/月	自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合に算定されます。
ADL維持等加算（Ⅱ） 6/月	

⑤栄養改善加算

150円/回 1月に2回が限度	低栄養状態の利用者に対し、利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行った場合に算定されます。
--------------------	---

⑥栄養スクリーニング加算

5円/回 6か月に1回が限度	利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月毎に栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師、歯科医師、管理栄養士等への相談指導を含む）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定されます。
-------------------	--

総合事業（介護予防）

○利用料（1月あたり）

介護度 利用者の自己負担額

要支援1（総合事業1） 1,655円

要支援2（総合事業2） 3,393円

独自単価（要支援2の方で週1回利用の方） 1,696円

○加算（1月あたり）

サービス種類 利用者の自己負担額

サービス提供加算Ⅱ 要支援1・・・24円 要支援2・・・48円

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の合計に5.8%加算されます。

※介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の合計に1.0%加算されます。

・上記料金の算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画または介護予防サービス計画に定められた標準的な時間を基準とします。

・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談下さい。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は厚生労働大臣の定める基準の利用料金全額をお支払いください。利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

・介護負担2割、3割の方やご不明な点がございましたら、担当ケアマネジャー及びサービス事業者にお問い合わせ下さい。

（2）介護保険給付対象外サービス

○食事の提供に要する費用

食事のサービスを受ける方は、食費が必要となります。

朝食	昼食	夕食
330円	570円	550円

○おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

○レクリエーション、クラブ活動

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。

○事業の実施地域外の送迎費

事業の実施地域以外の地域にお住いの方は送迎費の実費が必要となります。

○その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

(3) 利用料のお支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求を致しますので、20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア 事業所窓口での現金支払い

イ 下記指定口座への振り込み

口座名義	金融機関・支店名	口座種別・番号
社会福祉法人牧羊福祉会 理事長 吉村光広	北國銀行 穴水支店	(普通) 108047
	おおぞら農業協同組合 穴水支店	(普通) 8661202

5 事業の特色等

(1) 事業の目的

福祉の理念に基づき、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の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ことを目的とする。

(2) 運営方針

- ・事業所は、法の理念に基づき利用者本位の介護に万全を期するとともに利用者が自立した生活を営むことができるように、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。
- ・事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

6 サービスの内容に関する苦情相談窓口

(1) 当事業所における苦情の窓口

○苦情受付窓口（担当者） 聖頌園デイサービスセンター 宮谷内 怜華

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスを聖頌園に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

穴水町役場 健康福祉課	石川県鳳珠郡穴水町大町ラの174 電話 0768-52-3650 FAX0768-3320 受付時間 9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	石川県金沢市幸町12-1 電話 076-261-5191 FAX076-261-5148 受付時間 9:00～17:00
石川県社会福祉協議会	石川県金沢市本多町3-1-10 電話 076-224-1212 FAX076-222-8900 受付時間 9:00～17:00

(3) 第三者委員

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

宮崎 勝彦	鳳珠郡穴水町字岩車チ 84 番地 電話 0768-56-1879
北川美恵子	鳳珠郡穴水町字大町い 17 電話 0768-52-3555
前田寿子	鳳珠郡穴水町字河内リ 177 電話 0768-52-0487

7 非常災害対策

事業所では、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、年に2回以上ご利用者及び従業者等の訓練を行います。

8 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、「社会福祉法人牧羊福祉会事故対応マニュアル」に沿って行動し、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画または介護予防サービス計画を作成した、居宅介護支援事業者または地域包括支援センターへ連絡します。

9 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、市町村及び関係諸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。

10 守秘義務に関する対策

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

11 入所者の尊厳

ご利用者の人権・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。

12 身体拘束の禁止

原則として、ご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ご利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご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。

13 サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者様の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	公立穴水総合病院
所在地	石川県鳳珠郡穴水町字川島タの8番地
診療科	内科・外科・循環器内科・整形外科・小児科・泌尿器科・眼科 皮膚科・産婦人科・耳鼻咽喉科

医療機関の名称	公立穴水総合病院、兜診療所
所在地	石川県鳳珠郡穴水町字甲レ152-4
診療科	内科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	まない歯科医院
所在地	石川県鳳珠郡穴水町字大町ろの 21-2

1.4 サービス利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用表を提示して下さい。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
- 所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

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。

説明者職氏名 介護員 宮谷内 怜華 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 氏名 印

利用者の家族等同意者 住所

氏名 印

同 意 書

「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)施行に伴い、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン(平成16年12月24日厚生労働省)及び福祉関係事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイドライン(平成16年11月厚生労働省)により、適正に個人情報を利用することに

同意します。 同意しません。 (何れかに○印をつけてください。)

行政手続き等にかかる代行に関する同意書

要介護認定に係る更新及び変更申請並びに介護保険高額サービス費申請等の行政手続き等について、利用者に代わって行うことについて

同意します。 同意しません。 (何れかに○印をつけてください。)

令和 年 月 日

聖頌園デイサービスセンター長殿

利用者 氏 名

印

同意者 住 所

氏 名

印

(続柄

)

