

茂庭デイサービスセンター 重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
指 定 番 号 0 4 7 5 4 0 0 3 2 1 号

あなたに対する、居宅サービスの提供を開始するにあたり、当事業所の主な事業内容は、次のとおりです。

1 事業者

事業所の名称	社会福祉法人 宮城県福祉事業協会
事業所の所在地	宮城県仙台市太白区茂庭台二丁目15-20
法人種別	社会福祉法人
代表者名	会長 阿部 達
電話番号	022-399-7550

2 ご利用施設

施設の名称	茂庭デイサービスセンター
施設の所在地	宮城県仙台市太白区茂庭台二丁目15-20
施設長名	所長 若松 覚
電話番号	022-281-1378
ファクシミリ番号	022-281-1357

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態等にある高齢者に対し、適切な通所介護サービス（通所介護型サービス含む）を提供することを目的とする。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者様の人権を尊重し、常に利用者様の立場に立った通所介護サービス等を提供する。 2 家族や地域との結びつきを重視し、医療・保険・福祉の関係団体等との連携を基に、通所介護事業を推進する。 3 地域から信頼される、開かれた施設運営を目指す。

4 施設の概要

建物構造	鉄筋コンクリート造1階建（耐火建築）
建物延べ床面積	297.99平方メートル
利用定員	30名

5 職員体制

職員の職種	人数	事業者の指定基準
施設長	1名（兼務）	1名
生活相談員	2名（介護員兼務1名）	2名
介護員	4名以上（常勤換算）	4名
看護師	4名（機能訓練指導員兼務4名）	2名
機能訓練指導員	5名（看護師兼務4名）	1名

6 職員の勤務体制

職員の職種	勤務体制
施設長	正規の勤務時間（8:30～17:30） 兼務
生活相談員	正規の勤務時間（8:00～17:00、8:30～17:30、9:00～18:00）
介護員	正規の勤務時間（8:00～17:00、8:30～17:30、9:00～18:00）
看護師	正規の勤務時間（8:00～16:30、8:30～17:00、9:30～18:00）
機能訓練指導員	正規の勤務時間（8:00～17:00、8:30～17:30、9:00～18:00）
運転手	正規の勤務時間（7:45～9:45、15:45～17:45、16:15～18:15）

7 営業日及び営業時間等

営業日	月曜日、火曜日、木曜日、金曜日、土曜日。 但し1月1・2・3日は、休みとなります。
営業時間	7：30～19：30、利用時間（要支援）9：30～16：00 （要介護）9：30～16：30

8 送迎実施地域

仙台市 青葉区	折立、郷六、西花苑
仙台市 太白区	茂庭台、茂庭、生出、坪沼、人来田、山田自由ヶ丘、山田本町、山田北前町、日本平、羽黒台、旗立、ひより台、鈎取、太白、上野山、富田、富沢、西多賀、大谷地、三神峯、金剛沢、御堂平、西の平、八木山南、秋保湯元、湯向
名取市	相互台、ゆりが丘、みどり台、那智が丘、高館熊野堂
※ 送迎実施区域外より利用する方については、利用者家族等の送迎になります。	

9 施設サービスの概要（契約書第4条参照）

種類	内容
送迎	・送迎車により、自宅と事業所との間の送迎を行います。 身体状況に合わせて、リフト付き送迎車による送迎も行います。 また、乗降時等では、職員が必要な介助を行います。
健康管理	・看護師が毎回、血圧や脈拍、体温を測定するなど、施設内で健康管理に努めます。
食事	・管理栄養士の献立により、栄養バランスと利用者様の身体状況に配慮した昼食を提供します。
入浴	・見守りや直接介助により入浴を提供します。 浴槽には手すりがついており、また、入浴専用の車イスでの入浴も可能です。
着替え	・利用者様の状況に応じて、衣類着脱の介助を行います。
排泄	・適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	・個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行い、身体機能の維持向上に努めます。
生活相談	・利用者様やその家族からの相談に応じ、関係機関との連絡調整等必要な援助を行い、問題の解決に努めます。

10 利用料金 (契約書第7条参照)

※通所介護 7時間以上8時間未満ご利用の場合

(1) 介護保険サービス利用料金

単位数単価 10.27円 (6級地)

	総合事業 通所介護費		事業所評価 加算	サービス提供 体制強化加算	その他加算	介護費計
要支援1 1,672単位	1 月 に つ き	1割負担 1,717円	1割負担 123円	1割負担 (I)…90円	運動器機能訓練加算 1割負担 231円 口腔機能向上加算 (I)…… 154円 (II)…… 164円	1割負担 1,988～2,542円
要支援2 3,428単位		1割負担 3,521円		1割負担 (I)…181円	口腔・栄養スクリー ニング加算(II)5円 科学的介護推進体制 加算 41円/月	1割負担 3,792～4,346円
	通所介護費		加算① 利用時算定		加算② 実施・対象者のみ	介護費計
要介護1 655単位	1割負担 673円		中重度者ケア体制加算 46円 サービス提供体制強化 加算 23円 ADL維持等加算 (I)…… 31円/月 (II)…… 62円/月		入浴介助加算 (I)…… 41円/日 (II)…… 56円/日	1割負担 732～1,116円
要介護2 773単位	1割負担 794円				個別機能訓練加算 (I)口…… 87円/日 (II)…… 20円/月	1割負担 863～1,237円
要介護3 896単位	1割負担 920円				認知症加算(Ⅲ以上) 1割負担 62円	1割負担 989～1,353円
要介護4 1,018単位	1割負担 1,045円				口腔機能向上加算 (I)…… 154円/月 (II)…… 164円/月	1割負担 1,114～1,488円
要介護5 1,142単位	1割負担 1,173円				口腔・栄養スクリー ニング加算(II) 5円 科学的介護推進体制加算 41円/月	1割負担 1,236～1,610円

	6時間以上7時間未満		8時間以上9時間未満	
	単位数	通所介護費 1割負担	単位数	通所介護費 1割負担
要介護1	581単位	597円	666単位	684円
要介護2	686単位	704円	787単位	808円
要介護3	792単位	813円	911単位	936円
要介護4	897単位	921円	1,036単位	1,064円
要介護5	1,003単位	1,030円	1,162単位	1,193円

- ・介護職員処遇改善加算…1ヶ月の総単位数に5.9%を乗じた単位数を算定します。
- ・介護職員特定処遇改善加算…1ヶ月の総単位数に1.2%を乗じた単位数を算定します。
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算…1ヶ月の総単位数に1.1%を乗じた単位数を算定します。
- ・当事業所による送迎サービスを受けなかった場合、片道47単位減算します。(要介護)
- ・感染症や災害などの影響を受けた場合、要件を満たした場合に限り、3カ月間基本報酬の3%を算定します。

※通所介護費や各加算に関しては、「介護保険負担割合証」に基づきます。表は1割負担です。

※利用料金は、1カ月の総単位数に基づき算定される加算もあるため、表と異なる場合があります。

- ・入浴加算（Ⅰ）…当苑で観察・介護を受け、入浴をされた場合算定します。
- ・入浴加算（Ⅱ）…ご自宅の浴室の環境・動作を評価し、当苑で入浴した場合に算定いたします。
- ・個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ…専従の機能訓練指導員が機能訓練を提供した場合に算定します。
- ・個別機能訓練加算（Ⅱ）…（Ⅰ）に加えLIFEヘデータ提出・フィードバックを活用した際に月に1回算定します。
- ・中重度ケア体制加算は、要介護3以上の利用者が3ヶ月25%以上利用した場合に算定されます。
- ・ADL維持加算は、厚労省が定める基準に適合する場合算定されます。
- ・口腔機能向上加算は、口腔機能改善管理が必要と認められる方が対象となります。1ヶ月に2回まで加算が算定されます。
- ・事業対象者については、週1回のご利用は、要支援1と同様。週2回のご利用は要支援2と同様となります。

時間延長利用	・ 8時間以上 9時間未満の延長利用については、介護度により 11 単位～20 単位追加となります。	11 円～20 円
	・ 9時間以上 10時間未満 (+50 単位)	51 円
	・ 10時間以上 11時間未満 (+100 単位)	103 円
	・ 11時間以上 12時間未満 (+150 単位)	154 円
	※ 延長時、帰りの送迎は行っていません。	

(2) 介護保険給付外サービス (契約書第5条参照)

種 類	内 容	利用料
昼 食	・ 食事代 *当日9時以降の利用キャンセルの場合、キャンセル料が発生する場合があります。	580 円
朝食 及び 夕食	・ 時間延長でご利用の方には、希望により実費で提供いたします。	朝 360 円/夕 505 円
おむつ代	・ 尿とり ・ テープ式オムツ ・ リハビリパンツ	1 枚 30 円 1 枚 100 円 1 枚 100 円
趣味活動及びレクリエーション、行事	・ 趣味活動に要する個人作品の材料費は、実費になります。 ・ また、施設外でのレクリエーションおよび行事に要す費用。	実費負担時は事前に連絡します。

1.1 利用料金の支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し（月末締め）、翌月10日までにご請求申し上げますので、20日までお支払いください。

サービス利用料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、更に1ヶ月後の勧告にも関わらず支払われない場合は、施設利用中止を願うこととなります。

振込先	銀行	七十七銀行 西多賀支店 普通 5184070 口座名 社会福祉法人 宮城県福祉事業協会 茂庭デイサービスセンター
	ゆうちょ銀行	記号18120 番号6243701 茂庭デイサービスセンター
銀行口座引落とし	七十七銀行口座のみの対応になります。 引き落としには手数料（100円税別）がかかります。	
現金支払い	施設に現金を直接お支払いいただくこともできます。	

1.2 記録の作成及び保管期間

利用者様に対するサービス提供についての記録を作成します。記録はサービス終了後、5年間保管いたします。

1.3 身元引受人（契約書：通所介護22条、総合事業20条参照）

利用者様は、契約時に利用者様の利用料金等の滞納があった場合に備えて、債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。

1.4 連帯保証人(契約書：通所介護23条、総合事業21条参照)

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者様の債務について極度額30万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者様又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等利用者様の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

1.5 苦情・相談窓口（契約書：通所介護25条、総合事業23条参照）

当事業所における苦情や相談については、次の窓口で対応します。

茂庭デイサービスセンター	仙台市太白区茂庭台二丁目15-20 電話 281-1378 受付時間 8時30分～17時30分 受付担当者：生活相談員 高野 大樹 ・ 伊藤 裕美 苦情解決責任者：所長 若松 覚
第三者委員	仙台市太白区茂庭台五丁目7番26号 電話 281-1020 茂庭台地区社協活動推進委員 佐藤 富士夫
	仙台市太白区坪沼字寺山1番地 電話 281-2831 法人評議員 佐藤 美和子
仙台市健康福祉局 介護事業支援課	仙台市青葉区国分町三丁目7-1 電話 214-8192

宮城県国民健康 保険団体連合会	仙台市青葉区上杉一丁目2-3 電話 222-7700
宮城県社会福祉協議 会運営適正化委員会	仙台市青葉区上杉一丁目2-3 電話 716-9674

1.6 事故発生時の対応

対応方法	事故が発生した場合は、最善をもって、速やかに緊急対応を講じます。また、家族（緊急連絡先）に連絡し、状況の説明を行います。
記録の保管	当該事故発生時の状況および事故に際してとった処置の記録を行います。また、事故に際しての記録は5年間保管します。

1.7 賠償保障制度への加入

施設業務中及び、送迎車搭乗中の傷害事故等、施設の様々なリスクに対応するため、下記の保険に加入しております。

- ・ 社会福祉施設総合賠償補償制度（保険会社・三井住友海上火災）

1.8 当施設ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	施設の設備・器具は、本来の用法に従ってご利用願います。
喫煙・飲酒	施設内は、禁煙、禁酒となります。
所持品について	(1) 貴重品や必要以上の現金持ち込みはご遠慮願います。 (2) 利用者同士での金品等の受け渡しは、トラブルになることもございますのでご遠慮願います。 (3) 衛生管理上、原則として飲食物の持ち込み・持ち帰りはご遠慮願います。
迷惑行為	施設内で他の利用者様に対する宗教活動及び、政治活動はご遠慮願います。 利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。

1.9 非常災害対策

- (1) 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、月に1度の避難訓練および年1回併設施設合同の総合防災訓練を行います。
- (2) 自然災害等により利用者の安全確保上問題が生じるおそれがある場合は、送迎時間の変更や臨時休業またはご利用をご遠慮頂く場合があります。

2.0 守秘義務等（契約書第11条）

- (1) 事業者、事業所の職員は、通所介護サービスを提供する上で知り得た利用者様及びその家族等に関する事項を、正当な理由無く第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。
- (2) 利用者様に係るサービス担当者会議での利用など正当な理由がある場合には、そのもちいられる者の事前の同意を得た上で、利用者様又は、その家族等の個人情報を用いることができるものとします。

私は、本書面に基づいて茂庭デイサービスセンター生活相談員（氏名_____）
から、重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

契約者（身元引受人及び連帯保証人）

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

緊急連絡先 _____