

みやもり荘デイサービスセンター介護予防通所介護事業所 重要事項説明書

「地域とともに、あなたを支援します」

当施設は介護保険の指定を受けています
岩手県指定 第 0372900217 号

(令和5年4月1日現在)

利用者とみやもり荘デイサービスセンター介護予防通所事業所との利用契約締結に当たり、施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上の留意事項等をご説明させていただきます。

当施設の利用は原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方及び介護保険法に基づく第1号通所事業の「事業所対象」と認定された方が対象になります。要支援認定及び介護保険法に基づく第1号通所事業の事業所対象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	施設の経営法人	2
2	みやもり荘が目指すもの	2
3	利用施設	2
4	事業実施地域及び営業時間	2
5	職員の配置状況	2
6	サービスの概要	3
7	デイサービス利用上の留意点	3
8	当事業所が提供するサービスの利用料金	3
9	非常災害対策	6
10	緊急時の対応方法	6
11	苦情相談窓口について	7

社会福祉法人ともり会

1 施設の経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 ともり会
(2) 法人所在地 〒 028-0304
岩手県遠野市宮守町下宮守 28 地割 19 番地 1
(3) 電話番号 0198-67-2266
(4) 代表者氏名 理事長 遊田 啓悦
(5) 設立年月日 昭和 61 年 11 月 28 日

2 みやもり荘が目指すもの

- (1) 利用者の人権を尊重し、安全対策に努めます。
(2) 職員の資質向上に努め、地域に根ざしたサービスを構築いたします。
(3) 関係機関との連携に努め、福祉のネットワークづくりに努めます。
(4) 利用者の秘密を守ります。

3 事業所

- (1) 所在地 〒 028-0304
岩手県遠野市宮守町下宮守 28 地割 19 番地 1
電話 0198-67-2268
(2) 開設 平成 17 年 4 月 1 日
(3) 名称 特別養護老人ホームみやもり荘
デイサービスセンター指定通所介護事業所(介護予防)
(4) 管理者 施設長 多田 浩
(5) 法令遵守責任者 社会福祉法人ともり会 事務局長 岡本 茂
(6) 定員 1 日 30 人 (介護予防含む)

4 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 遠野市宮守町
(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
定休日	日曜日及び 12 月 31 日～翌年 1 月 1 日まで
営業時間	午前 8 時 15 分～午後 6 時 00 分
サービス提供時間	午前 9 時 30 分～午後 3 時 45 分

5 職員の配置状況

職員の配置状況

職 種	配置数	職 種	配置数
施設長 (管理者)	1 名	事務員(兼)	4 名
施設長補佐	1 名	介助員(兼)	1 名
看護職員(兼)	5 名	生活相談員(兼)	2 名
栄養士(兼)	1 名	介護職員(兼)	8 名
調理員(兼)	3 名	機能訓練指導員	1 名

※ パート含む

6 サービスの概要

- (1) 利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

ア 食事

- ・食事の準備、介助を行います。

(食事時間) 12:00～

イ 送迎サービス

- ・利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行ないます。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、所定の送迎費用をご負担いただきます。
- ・送迎時間予定表は目安であり、道路状況等によっては誤差が生じますのでご了承ください。

7 デイサービス利用上の留意点

- (1) 事故防止のため、途中乗車、途中下車はできません。庭先でお乗りになる場合は、車が出入りしやすいような配慮をお願いします。また、転倒防止のため、履物はしっかりしたものでお願いします。
- (2) 連絡帳にその日のサービス内容、健康状態、次回利用日、連絡事項等を記録してあります。必ず目を通してください。
- (3) 体調不良等（法定伝染病含む）が認められた時は、お休みいただくか、早めにお帰りいただくこともあり、緊急連絡先へご連絡いたします。また、必要に応じてすみやかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。
- (4) お互いに気兼ねせず気持ちよく利用するために、菓子類やアルコール類等決められた物以外は持ち込まないようお願いします。
- (5) 利用を休む時は、前日の午後5時15分までにセンターまでご連絡ください（体調不良等の場合はこの限りではありません）。
- (6) センター利用の際は、持ち物、衣類、履物には必ずお名前を記入してください。
- (7) 併設している老人ホームの利用者に面会するときは、職員にその旨を伝え面会簿に記入してください。

8 事業所が提供するサービスの利用料金

- (1) サービス利用料金表により、利用者の要支援度及び介護保険法に基づく第1号通所介護事業に応じたサービス料金から保険給付費額を除いた（自己負担額）をお支払下さい。（利用料金は利用者の要支援認定及び介護保険法に基づく第1号通所介護事業認定に応じて異なります）尚、当施設の区分は併設一般型に認定されております。

利用者がまだ要支援認定及び介護保険法に基づく第1号通所介護事業認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。

要支援の認定及び介護保険法に基づく第1号通所介護事業認定を受けた場合、自己負担額を除く金額が払い戻されます。（償還払い）。また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

介護保険及び介護保険法に基づく第1号通所介護事業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、利用者の負担額を変更します。

事業所では、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算サービス利用料金表のとおりいただきます。

第1号介護予防通所サービス利用料金表

事業対象者	要支援1		要支援2	
	1割	2割	1割	2割
基本料金 (1回あたり)	1割	3,840円	1割	3,950円
	2割	7,680円	2割	7,900円
	3割	11,520円	3割	11,850円
基本料金 (月額)	1割	16,720円	1割	34,280円
	2割	33,440円	2割	68,560円
	3割	50,160円	3割	102,840円
サービス提供 体制強化II加算)	1割	720円	1割	1,440円
	2割	1,440円	2割	2,880円
	3割	2,160円	3割	4,320円
自己負担額(一回あたり) (上段1割、中段2割 下段3割)	1回 384円	4回 1,536円	1回 395円	8回 3,160円
	1回 768円	4回 3,072円	1回 790円	8回 6,320円
	1回 1,152円	4回 3,456円	1回 1,185円	8回 9,480円
自己負担額(月額) (上段1割、中段2割 下段3割)	1割	4回超 1,672円	1割	8回超 3,428円
	2割	4回超 3,344円	2割	8回超 6,856円
	3割	4回超 5,016円	3割	8回超 10,284円
自己負担額 サービス提供強化加算	1割	72円	1割	144円
	2割	144円	2割	288円
	3割	216円	3割	432円
介護職員処遇改善加算	介護報酬の総額の5.9%の加算をいただきます			
介護職員等特定処遇改善加算	介護報酬の総額の1.0%の加算をいただきます			
介護職員等ベースアップ等支援加算	介護報酬の総額の1.1%の加算をいただきます			
食費	1食600(円)			

(2) 介護保険及び介護保険法に基づく第1号通所介護事業の給付対象とならない以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

ア 食費

利用者に提供する食事に係る費用です。

料金：1食あたり600円

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

イ 通常の事業実施区域外への送迎

- ・通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として下記料金をご負担いただきます。

1キロメートル 37円

ウ 複写物の交付

利用者又は契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

オ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活（尿取りパッド・おむつ類・処置用具等）に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金は、1か月ごとの精算となっております。請求書をお届けしますので、翌月末日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア 口座振替(原則として口座振替でお願いいたします。)

イ 現金

(4) 利用の中止、変更、追加

ア 利用予定日の前に、利用者の都合により、介護予防通所介護サービスの利用を中止又は変更、できます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出て下さい。

イ 月のサービス利用日や回数については、利用者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

ウ 利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護計画に定めた実施回数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は、要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

エ 一回ごとの利用料となっているため、月の途中から利用を開始した場合や月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として日割り計算は行いません。

- ・ 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- ・ 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- ・ 同一保険者管内での転居等のより事業所を変更した場合

オ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希

望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議させていただきます。

カ 介護保険法に基づく第1号通所事業対象者及び要支援1の認定の方は週1回、要支援2の認定の方は週2回の利用とさせていただきます。

キ 利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更できます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

ク 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

- ・利用予定日の前日までに申し出があった場合 無料
- ・利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 当日の利用料金の10%

9 非常災害対策

事業者は、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、取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、利用者及び職員の訓練を行います。

10 緊急時の対応方法

利用者に容態の変化等があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。(状態によっては119番への連絡を含みます)

緊急連絡先

第一連絡先氏名	(続柄—)
住所又は勤務先等	電話番号
第二連絡先氏名	(続柄—)
住所又は勤務先等	電話番号
病院名	電話番号
主治医名	
緊急病院	電話番号
居宅介護支援事業所名	
介護支援専門員氏名	
乗降場所	

11 苦情相談窓口について

- (1) 利用者やご家族の方々が気軽に安心して相談できるよう事業所内に『苦情・相談窓口』を設置し、迅速かつ適切な解決並びにサービスの向上に積極的に取り組みます。
 - (2) 『苦情・相談窓口』の受付担当職員は、生活相談員 菊池 剛 です。
 - (3) 投書箱を用意しております。事業所や施設従事者への要望、苦情、相談等ございましたらお気軽に投書ください。
 - (4) ご相談にあたっては、誠意をもって対応するとともに、プライバシー保護に努めます。
- ※ 解決困難な相談につきましては、「苦情解決検討委員会」において検討し、ご回答いたします。詳しくは社会福祉法人ともり会 福祉サービスに関する苦情解決の仕組みを玄関に掲示しておりますので、ご覧ください。
- (5) 最寄りの各市町村にも『総合相談窓口』が設置されております。

遠野市遠野健康福祉の里 健康長寿課

所在地 岩手県遠野市松崎町白岩字薬研淵 4 地割 1 番地
電話番号 0198-62-5111 FAX 0198-63-1235
受付時間 8:30~17:15

遠野市役所宮守総合支所

所在地 岩手県遠野市宮守町下宮守 29 地割 77 番地
電話番号 0198-67-2111 FAX 0198-67-2157
受付時間 8:30~17:15

岩手県国民健康保険団体連合会

所在地 岩手県盛岡市大沢川原 3 丁目 7 番 30 号
電話番号 019-623-4325 FAX 019-622-1668
受付時間 9:00~17:00

岩手県社会福祉協議会（運営適正化委員会）

所在地 岩手県盛岡市三本柳 8 地割 1 番 3
電話番号 019-637-8871 FAX 019-637-9712
受付時間 9:00~17:00

岩手県県南広域振興局 長寿福祉課

所在地 岩手県奥州市水沢区大手町 5 丁目 5
電話番号 0197-22-2811 0197-25-4106
受付時間 9:00~17:00

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業所 特別養護老人ホームみやもり荘
所在地 岩手県遠野市宮守町下宮守 28 地割 19 番地 1
管理者 施設長 多 田 浩 印

説明者 主任介護職員兼生活相談員 印

(利用者) 私は、この重要事項説明書の内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。
利用者 住所 印
氏名

(代理人) 私は、利用者本人の同意の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。
代理人 住所 印
氏名
本人との続柄

(身元引受人) 私は、以上の重要事項の説明を受け、身元引受人としての責任について理解しました。
身元引受人 住所 印
氏名
利用者との関係

(連帯保証人) 私は、以上の重要事項の説明を受け、連帯保証人としての責任について理解しました。
連帯保証人 住所 印
氏名
利用者との関係

個人情報の開示に関する承諾書

社会福祉法人ともり会が行う事業の「みやもり荘デイサービスセンター」を利用する者の個人情報の利用について、その利用目的と利用範囲について説明を受け、了承しましたので、私の情報を提供し、その利用に同意します。

(使用する目的・範囲)

- ① 利用者のケアプラン立案のために行われるサービス担当者会議等での情報提供
- ② 包括支援センターや介護支援専門員及びサービス提供事業所との連絡調整
- ③ 事業所内における介護サービスの円滑な提供
- ④ 介護保険請求及び支払い事務（審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答）
- ⑤ 事務所における介護サービス事業所等の管理運営業務の円滑化（サービス利用に係る管理、会計・経理、事故等の報告、損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等、介護サービスの維持・改善のための基礎資料、介護学生の実習への協力等）
- ⑥ 緊急時の医療機関、救急車への情報提供
- ⑦ 事業所の発行する広報、ホームページへの写真掲載

みやもり荘デイサービスセンター指定通所介護事業所
施設長 多田 浩 殿

令和 年 月 日

説明者氏名 _____ 印

ご利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印