

介護予防型通所サービス・基準緩和型通所サービス

Share 金沢 高齢者デイサービス 重要事項説明書

1. サービスを提供する事業者

名称	社会福祉法人 佛子園
所在地	石川県白山市北安田町548番地2
電話番号	076-275-0616
代表者氏名	理事長 雄谷 良成
法人の設立年月	昭和35年3月7日

2. 利用事業所

事業所の種類	介護予防型通所サービス 基準緩和型通所サービス 平成29年7月1日 指定
事業所の名称	Share 金沢 高齢者デイサービス
事業所の所在地	石川県金沢市若松町セ104番地1
連絡先	TEL 076-256-1010 FAX 076-256-1020
管理者	清水 愛美
サービスの実施地域	金沢市
定員	基準緩和型通所サービス 8名
第三者評価実施状況	なし

3. サービスの目的と運営の方針

目的	利用者が可能な限り自立した日常生活や社会生活を営むことができるよう、機能訓練の機会を提供するとともに創作活動などの機会を提供し、利用者の社会的孤立感の解消、心身の機能の維持、家族の負担の軽減を図ることを目的とします。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none">関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正かつきめの細やかなサービスの提供をします。利用者の意思や人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

4. サービスに関わる事業所・設備等の概要

(1) 事業所

主な建物・設備	相談室 (1室) 静養室 (1室) 食堂 (1室) 機能訓練室 (1室) 洗面所 (1箇所) トイレ (5箇所) 車椅子対応トイレあり 浴室 空調 (冷暖房)
---------	--

5. 職員の勤務体制

・介護予防型通所サービス

	常勤	非常勤	基準値	備考
管理者	1		1	
相談員	2		1	
介護員		2	1	
機能訓練指導員	1	1	1	
計	6			

・基準緩和型通所サービス

	常勤	非常勤	基準値	備考
管理者	1		1	
従事者		1	1	
計	2		2	

- ・ 職員の通常勤務 8：00～17：00

6. 営業日と営業時間

(1) 介護予防型通所サービス

- ・ 営業日 月～金曜日（土日を除く）
- ・ 営業時間 8：30～17：00
- ・ サービス提供時間 9：00～15：30
- ・ 休業日 正月休業12月30日～1月3日、お盆休業8月13日～15日

(2) 緩和型通所サービス

- ・ 営業日 月～金曜日（土日祝日を除く）
- ・ 営業時間 8：30～17：00
- ・ サービス提供時間 9：00～15：30
- ・ 休業日 正月休業12月30日～1月3日、お盆休業8月13日～15日

7. サービス提供の内容

(1) 介護保険給付対象サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
日常生活における介護	食事、排泄、移動等、日常生活に必要な介護を行います。また、その他の便宜を適切かつ効果的に行います。 *基準緩和型通所サービスでは、介助を行いません。
機能訓練	日常生活の維持に必要な機能訓練を行います。
レクリエーション活動	個々に応じた質の高い創作活動や文化活動を行います。
入浴	入浴は必要な介護を行い、身体の清潔に努めます。 *基準緩和型通所サービスでは、介助を行いません。
送迎	利用者のニーズに応え送迎サービスを行います。

(2) 介護保険給付対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金額
食事サービス	希望により食事を提供します。 (昼食 550 円、おやつ 100 円)	650 円/食
外出に伴う費用	外出先での入場料や体験料	実費
講座	陶芸 (粘土代)	2,700 円/キロ
その他	サービス提供記録等の複写代 証明書諸書類の発行代 その他	白黒 10 円/ 枚、カラー 50 円/枚 実費

*サービスの概要

全てのサービスは「介護予防型通所サービス計画」「基準緩和型通所サービス計画」に基づいて行われます。尚「介護予防型通所サービス計画」「基準緩和型通所サービス」の写しは利用者に交付いたします。

8. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 当事業所が提供するサービスと利用料金

介護保険給付によるサービスについては、下表のサービス利用料金のうち 9 割又は 8 割が介護保険給付の対象となります。事業者が介護保険給付を市町村から直接受け取る (代理受領する) 場合、利用者は利用者負担分として、サービス利用料金全体の 1 割又は 2 割の額を事業者にお支払いいただきます。

なお、介護保険給付対象サービスの場合でも、法定代理受領を行わない場合 (償還払いの場合も含む) については、一旦全額を事業者にお支払いいただきます。

○介護予防型通所サービスについて 金沢市：地域区分 (7 級地) 1 単位 = 10.14 円

利用者の介護度	事業対象者・要支援 1	事業対象者・要支援 2
サービス利用単位	1, 672 単位	3, 428 単位
サービス利用単価 (1 割負担)	1, 695 円	3, 475 円
サービス利用単価 (2 割負担)	3, 390 円	6, 951 円

○基準緩和型通所サービスについて

利用者の介護度	事業対象者・要支援 1	事業対象者・要支援 2
サービス利用単位	1, 338 単位	2, 742 単位
サービス利用単価 (1 割負担)	1, 356 円	2, 780 円
サービス利用単価 (2 割負担)	2, 713 円	5, 560 円

介護職員処遇改善加算 所定単位数の 59/1000

特定処遇改善加算 所定単位数の 1/1000

ベースアップ等支援加算 所定単位数 11/1000

(2) 介護保険給付対象外サービス内容の料金

上記「7. サービス提供の内容 (2) 介護保険給付対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) サービス利用のキャンセルについて

利用者が、サービス利用をキャンセルする場合は、利用予定日の8:30までに当事業所にお申出ください。

(4) 利用料金は口座振替

前記(1)(2)(3)の料金、費用は1ヶ月ごとに計算しご請求します。口座引き落としとしてお支払いいただきます。

9. 利用者の記録や情報の管理、開示について

事業者は、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

記録の保管期間	サービスの提供が完了した日から5年間
記録の閲覧	窓口業務時間帯 平日8:30~17:00 当事業所内にて閲覧できます。 事前にご連絡ください。
複写について	開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。 白黒10円/枚、カラー50円/枚
その他	個人のプライバシーに関する情報は固く守ります

10. 苦情申立先

サービスに対する要望、苦情、相談は下記窓口担当者が受け付けます。

当施設 相談窓口	<u>苦情解決責任者</u> 代表 清水 愛美 <u>苦情解決担当者</u> 石塚 与志生	<u>第3者委員</u> 木村 弘 弁護士 連絡先 076-227-8030 寺尾 明泰 公認会計士 連絡先 0776-21-5667
石川県運営適正化 委員会	石川県社会福祉協議会内 金沢市本多町3-1-10	連絡先 076-234-2556 FAX 076-234-2558
金沢市介護保険課	金沢市広坂1丁目1番1号	連絡先 076-220-2264 FAX 076-220-2559

*当事業所では利用者、保護者、家族の方からのご意見をもとに、よりよい福祉サービスを提供できるよう心がけています。

11. プライバシー

同性介助、適切な言葉遣いや働きかけ等を行います。また、施設内外の研修を通し職員
のプライバシーおよび人権意識向上に努めています。

12. 緊急時の対応

利用者の体調の急変時または事故発生時は、速やかに利用者の家族等に連絡します。また、必要に応じて市町村への連絡を行い状況に応じた適切な措置を講じます。

緊急時は利用者からの指定がない限り、主に下記の協力医療機関に通院します。

北陸病院	所在地 金沢市泉が丘 2 丁目 13-43	連絡先 076 - 243 - 1191
------	-----------------------	----------------------

1 3. 非常災害時の対策

非常時の対応、平常時の訓練マニュアルを作成し、防火責任者を決め、消火器等を設置し防災対策に取り組んでいます。

1 4. 秘密の保持

事業者および従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨に従業者との雇用契約の内容としています。

1 5. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

面会、見学	予めご連絡ください。
持ち込み制限	*以下のものは原則として持ち込めません。 危険物 *以下のものはご相談ください。 加熱器具、暖房器具、動物など
施設、設備使用上の注意	設備を壊したり、汚したりした場合、利用者の自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただくことがあります。
嗜好品	喫煙は基本的に自由ですが、館内・敷地内は禁煙ですので所定の場所にて喫煙してください。また、ライター、マッチ等の管理に十分注意してください。

令和 年 月 日

介護型予防通所サービス・基準緩和型通所サービス提供の開始に際し、本書面に
に基づき重要事項の説明を行いました。上記の契約を証するため、本書 2 通を
作成し、利用者、事業者、が記名捺印のうえ、各 1 通を保有するものとします。

施設名 社会福祉法人佛子園 Share 金沢 高齢者デイサービス

説明者職名

氏 名

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、介護予防型通所
サービス・基準緩和型通所サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏 名

印

代理人住所

氏 名

印

続柄
