

花巻あすかの杜指定通所介護事業所 重要事項説明書

1. 事業者

法人の名称	社会福祉法人 松園福祉会
法人の所在	岩手県花巻市松園町 391 番地 8
代表者	理事長 高橋 弘毅
電話番号	0198-24-6605
設立年月日	昭和 56 年 3 月

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び事業の種類等

施設の名称	花巻あすかの杜指定通所介護事業所
事業の種類	通所介護
介護保険指定番号	0370501041
指定年月日	平成 20 年 5 月 1 日
利用定員	25 人
施設の所在地	岩手県花巻市天下田 100 番地 1
管理者	中村 光一
電話番号	0198-41-1100

(2) 事業の目的

通所介護サービスは、介護保険法令に従い、利用者が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。

(3) 事業の運営方針

- ① 当事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って通所介護サービスを提供するように努めるものとする。
- ② 当事業所では、利用者の自主性を尊重し、サービス利用の自己決定をしていただくとともに、利用者が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援する。
- ③ 当事業所は、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

(4) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、当事業所から片道 10km 以内の旧花巻市とする。

(5) 営業日及び営業時間

事業の種類	営業日	サービス提供時間
指定通所介護	月～土曜日 ただし、1/1～1/3、8/16、12/31を除く	午前9時15分～午後4時20分

※ 台風、大雨、大雪等により、ご利用者及び送迎の安全確保が困難であるときは、臨時休業又はサービス提供時間の短縮をする場合があります。この場合、ご利用者又はご家族に事業所から速やかに連絡します。

3. 職員体制

当事業所では、ご契約者に対して居宅サービス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。【令和 年 月 日現在】

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者				
生活相談員				
看護職員				
介護職員				
機能訓練指導員				

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(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、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

- ① 生活指導（レクリエーションを含む）
- ② 介護サービス（移動や排泄の介助・見守り等のサービス）
- ③ 健康状態の確認
- ④ 機能訓練
- ⑤ 入浴サービス

I. 所要時間2時間以上3時間未満の場合

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	272	311	351	392	432
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	18	18	18	18
入浴介助加算（Ⅰ）	40	40	40	40	40
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	56	56	56	56
個別機能訓練加算（Ⅱ）（1月につき）	20	20	20	20	20
中重度者ケア体制加算	45	45	45	45	45

科学的介護推進体制加算（1月につき）	40	40	40	40	40	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	45	49	52	56	60	
サービス合計単位	535	578	622	667	710	
利用に係る自己負担額	1割負担	535	578	622	667	710
	2割負担	1,070	1,156	1,244	1,334	1,420
	3割負担	1,605	1,734	1,866	2,001	2,130

Ⅱ. 所要時間3時間以上4時間未満の場合

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
基本サービス費	370	423	479	533	588	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	18	18	18	18	
入浴介助加算（Ⅰ）	40	40	40	40	40	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	56	56	56	56	
個別機能訓練加算（Ⅱ）（1月につき）	20	20	20	20	20	
中重度者ケア体制加算	45	45	45	45	45	
科学的介護推進体制加算（1月につき）	40	40	40	40	40	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	54	59	64	69	74	
サービス合計単位	643	701	762	821	881	
利用に係る自己負担額	1割負担	643	701	762	821	881
	2割負担	1,286	1,402	1,524	1,642	1,762
	3割負担	1,929	2,103	2,286	2,463	2,643

Ⅲ. 所要時間4時間以上5時間未満の場合

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	388	444	502	560	617
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	18	18	18	18
入浴介助加算（Ⅰ）	40	40	40	40	40
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	56	56	56	56
個別機能訓練加算（Ⅱ）（1月につき）	20	20	20	20	20

中重度者ケア体制加算		45	45	45	45	45
科学的介護推進体制加算（1月につき）		40	40	40	40	40
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		56	61	66	72	77
サービス合計単位		663	724	787	851	913
利用に係る自己負担額	1割負担	663	724	787	851	913
	2割負担	1,326	1,448	1,574	1,702	1,826
	3割負担	1,989	2,172	2,361	2,553	2,739

Ⅳ. 所要時間5時間以上6時間未満の場合

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費		570	673	777	880	984
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		18	18	18	18	18
入浴介助加算（Ⅰ）		40	40	40	40	40
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ		56	56	56	56	56
個別機能訓練加算（Ⅱ）（1月につき）		20	20	20	20	20
中重度者ケア体制加算		45	45	45	45	45
科学的介護推進体制加算（1月につき）		40	40	40	40	40
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		73	82	92	101	111
サービス合計単位		862	974	1,088	1,200	1,314
利用に係る自己負担額	1割負担	862	974	1,088	1,200	1,314
	2割負担	1,724	1,948	2,176	2,400	2,628
	3割負担	2,586	2,922	3,264	3,600	3,942

Ⅴ. 所要時間6時間以上7時間未満の場合

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費		584	689	796	901	1,008
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		18	18	18	18	18
入浴介助加算（Ⅰ）		40	40	40	40	40

個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	56	56	56	56	
個別機能訓練加算（Ⅱ）（1月につき）	20	20	20	20	20	
中重度者ケア体制加算	45	45	45	45	45	
科学的介護推進体制加算（1月につき）	40	40	40	40	40	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	74	84	93	103	113	
サービス合計単位	877	992	1,108	1,223	1,340	
利用に係る自己負担額	1割負担	877	992	1,108	1,223	1,340
	2割負担	1,754	1,984	2,216	2,446	2,680
	3割負担	2,631	2,976	3,324	3,669	4,020

VI. 所要時間7時間以上8時間未満の場合

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
基本サービス費	658	777	900	1,023	1,148	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	18	18	18	18	
入浴介助加算（Ⅰ）	40	40	40	40	40	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	56	56	56	56	
個別機能訓練加算（Ⅱ）（1月につき）	20	20	20	20	20	
中重度者ケア体制加算	45	45	45	45	45	
科学的介護推進体制加算（1月につき）	40	40	40	40	40	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	81	92	103	114	126	
サービス合計単位	958	1,088	1,222	1,356	1,493	
利用に係る自己負担額	1割負担	958	1,088	1,222	1,356	1,493
	2割負担	1,916	2,176	2,444	2,712	2,986
	3割負担	2,874	3,264	3,666	4,068	4,479

但し、この料金は厚生労働大臣の定める基準によるものであり、厚生労働大臣が定める基準が変更された場合はそれに準じるものとします。

又、処遇改善加算は1ヶ月の利用合計額により算出する為日々の積み上げとの差異が生じる場合があります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

① 介護保険給付の支給限度を超える通所介護サービス

介護保険給付の支給限度を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

② 食費

利用者に提供する食事の「食材料費」+「調理費」にかかる費用です。

料金：1回あたり 600円（昼食）

③ 通常の事業実施区域外への送迎

事業所より片道10km以上の距離がある場合は、10kmを越えた地点より1km毎に50円加算した金額をいただきます。

④ レクリエーション、クラブ活動

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。

利用料金：材料代として1日20円

⑤ 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ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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。

おむつ代等：実費

5. 緊急時及び事故発生時の対応

(1) 利用者に対するサービスの提供により、緊急時や事故が発生した場合は、すみやかに家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(2) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生し、損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き速やかに契約者に対して損害を賠償します。

(3) 事故が生じた際には、その原因を解明し再発防止のための対策を講じます。

(4) 事業所に連絡するとともに、利用者の主治医又は医療関係者への連絡を行い、医師の指示に従います。

(5) 急を要する場合は、事業者の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合もあります。

(6) 必要に応じて市町村へ連絡します。

緊急連絡先		
	氏名	電話番号
主治医	病院名： 医師名：	
ご家族		
介護支援事業所	事業所名： 担当者名：	
その他		

6. 秘密保持

- ① 職員は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。
- ② 事業所は、職員であった者に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持するよう徹底する。

7. 利用料金のお支払方法

利用月の翌月 15 日頃、請求書を郵送いたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと領収証を発行します。期日までにお支払いがない場合、精算完了するまでの間、利用を制限する場合がございます。

8. 利用の中止・変更、追加

- ① 利用の予定日の前に、ご契約者の都合により、居宅サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。
- ② 利用予定日の前日までに申出がなく、当日になって利用の申出をされた場合、取消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、ご契約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出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申出がなかった場合	当日利用料金の 10% (自己負担相当額) 食費 600 円

9. 個人情報の保護について

花巻あすかの杜指定通所介護事業所では、利用者の尊厳を守り安全管理に配慮する個人情報保護方針（プライバシーポリシー）の下、運営いたします。あらかじめ利用者様本人の同意を得ないで、必要な

範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

[利用者様への介護サービスの提供に必要な利用目的]

1. 花巻あすかの杜指定通所介護事業所 内部での利用目的
 - ① 当施設が利用者様などに提供するサービス
 - ② 介護保険事務
 - ③ 介護サービスの利用にかかる当施設管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 利用状況等の管理
 - ・ 会計、経理
 - ・ 事務等の報告
 - ・ 当該利用者の保護・医療サービスの向上
 - ④ その他
 - ・ 広報誌、施設内展示
2. 他の介護保険事業所業務への情報提供を伴う利用目的
 - ① 施設が利用者様等に提供する介護サービスのうち
 - ・ 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・ その他の業務委託
 - ・ 利用者様の利用等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・ 家族への心身状況説明
 - ② 介護保険業務のうち
 - ・ 保険事務の委託（一部委託含む）
 - ・ 審査支払い機関へのレセプトの提供
 - ・ 審査支払い機関または、保険者からの照会への回答
 - ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等

[上記以外の目的]

1. 当施設内部での利用に係る利用目的
 - ① 当施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
 - ・ 当施設等において行われる学生等の実習への協力
 - ・ 当施設において行われる事例研究
2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的
 - ① 当施設の管理運営業務の内
 - ・ 外部監査機関への情報提供

10. 第三者評価の実施状況

当事業所では、第三者評価は実施しておりません。

11. 苦情の受付について

- サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	苦情受付担当者	清水 康宏
	苦情解決責任者	中村 光一
	電話番号	0198-41-1100
	Fax 番号	0198-41-1101
	対応時間	8 : 30 ~ 17 : 30
第三者委員	氏名	岩淵 満智子
	住所	花巻市上小舟渡 80-1
	電話番号	0198-24-2686
	氏名	内舘 勝人
	住所	花巻市幸田 19-36
	電話番号	0198-31-2650

- 公的機関においても、苦情申出等ができます。

花巻市健康福祉部 長寿福祉課	所在地	花巻市花城町 9-30
	電話番号	0198-24-2111
	Fax 番号	0198-41-1299
	対応時間	8 : 30 ~ 17 : 15
岩手県国民健康保険 団体連合会（保健介護課）	所在地	盛岡市大沢川原 3-7-30
	電話番号	019-604-6700
	Fax 番号	019-653-2216
	利用時間	8 : 30 ~ 17 : 15
岩手県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地	盛岡市三本柳 8 地割 1 番 3
	電話番号	019-637-4466
	Fax 番号	019-637-4255
	対応時間	8 : 30 ~ 17 : 00
	所在地	
	電話番号	
	Fax 番号	
	対応時間	

説明日	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。

事業者

施設名 社会福祉法人松園福祉会 花巻あすかの杜指定通所介護事業所

住所 岩手県花巻市天下田 100 番地 1

管理者 中村 光一

説明者

氏 名

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、サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住 所 _____

氏 名 _____

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行致します。

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____ (契約者との関係：)

代行した理由 _____

私は、契約者からの委任により事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

代理人

住 所 _____

氏 名 _____ (契約者との関係：)