

指定地域密着型通所介護・指定第一号通所介護

ゆうらく苑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。
(中津川市指定 第2191500269号)

当事業所は契約者に対して指定地域密着型通所介護・指定第一号通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護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。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 萱垣会
- (2) 法人所在地 長野県飯田市鼎一色551番地
- (3) 電話番号 0265-22-1368
- (4) 代表者氏名 理事長 萱垣 憲英
- (5) 設立年月 昭和36年5月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所
令和7年4月1日指定
指定第一号通所介護事業所
令和7年4月1日指定
- (2) 事業所の目的 社会福祉法人萱垣会が運営するゆうらく苑デイサービスセンターは、要介護状態になられた方々の日常生活の支援、ならびに、ご家族介護の軽減のため、デイサービスセンター施設を使用して、入浴、排泄、食事、機能回復訓練その他の生活全般にわたる介護サービスを提供することにより、在宅生活の支援をすることを目的とします。
- (3) 事業所の名称 ゆうらく苑デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 岐阜県中津川市落合996-1番地
- (5) 電話番号 0573-61-0008
- (6) 事業所長(管理者) 氏名 萱垣 憲英

(7) 当事業所の運営方針 ゆうらく苑デイサービスセンターの職員は、要介護状態になられた方々に、その心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上のお世話、及び機能回復訓練を行うことにより、利用される方々の心身の機能の回復、維持が図られるよう努めます。又、やむを得ない場合を除き身体拘束等はしません。やむを得ない場合の身体拘束等においてはマニュアルに沿い廃止に向けて取り組みます。また、サービスの提供にあたっては、中津川市及びサービス提供事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

(8) 開設年月 平成10年1月26日

(9) 利用定員 18名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 中津川市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 (但し、年末年始は休み)
受付時間	月曜日～土曜日 8:30～17:30
サービス提供時間	月曜日～土曜日 9:25～16:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービス及び指定第一号通所介護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。また、一部職種については、兼任又は兼務することがあります。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	員数	指定基準
1. 事業所長 (管理者)	1名	1名
2. 生活相談員	1名以上	1名
3. 看護師	1名以上	1名
4. 介護士	2名以上	2名
5. 機能訓練指導員	1名以上	1名

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間 8:30～17:30
2. 看護職員	勤務時間 8:30～17:30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）*

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。

加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

<サービスの概要>

☆共通的服务

① 食事の介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・ 食事の準備、介助を行います。
- ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 11：50～12：40

② 入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄

- ・ ご契約者の排せつの介助を行います。

④ 送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

<サービス利用料金(1回あたり)>（契約書第6条参照）

別紙料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要

介護度に応じて異なります。) (別表—2)

- ☆ ご契約者がまだ要介護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。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅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、ご契約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。
- ☆ ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)
- ☆ 介護保険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、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第6条参照) *

以下のサービスは、**利用料金の全額**がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の提供にかかる費用(食材料費)

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり800円

② レクレーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクレ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：材料代等の実費をいただきます。

③ 複写物の交付

ご契約者は、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

④ 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。

別紙の利用料金表に記載しています。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、月末締として翌月当初に請求します。支払は翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。

ア. 現金 イ. 金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関：東美濃農協
--

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、地域密着型通所介護サービスの利用を中止、変更又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申し出て下さい。

○ご契約者の都合によるお休みで、8：30までに連絡いただけない場合は、キャンセル料として食材料費800円を請求させていただきます。

○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契約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契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 管理者 萱垣 憲英

○受付時間 毎週 月曜日～金曜日 9：00～17：00

（12月30日から1月3日までを除く）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

中津川市高齢介護課	所在地 岐阜県中津川市かやの木町2-1 電話番号 0573-66-1111 受付時間 8：30～17：15
岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情対応係	所在地 岐阜県岐阜市下奈良2-2-1 電話番号：058-275-9826 受付時間 9：00～17：00
岐阜県健康福祉部 高齢福祉課 介護保険者係	所在地 岐阜県岐阜市藪田2-1-1 電話番号：058-272-8296 受付時間 9：00～17：00

(3) 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、利用者等の把握する取組	あり		
第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

令和 年 月 日

指定地域密着型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。

ゆうらく苑デイサービスセンター

説明者職名

氏 名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項と送迎サービス、サービス利用料金及び日常諸費料金の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。あわせて送迎のサービスを希望します。

利用者住所

氏 名

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。