

# 重要事項説明書

# 通所介護及び第一号通所事業 重要事項説明書類 (デイサービスセンター)

## 1. 事業所の概要

- |             |  |
|-------------|--|
| (1) 事業所の種類  | 指定通所介護事業所・平成16年10月1日<br>秋田市 第0570110346号 |
| (2) 事業所の名称  | さとみ温泉りらくす倶楽部                             |
| (3) 事業所の所在地 | 秋田県秋田市添川字境内川原142-1                       |
| (4) 電話番号    | 018-893-5547                             |
| (5) 管理者     | 氏名 柿崎 司                                  |
| (6) 開設年月    | 平成16年11月1日                               |
| (7) 利用定員    | 50名                                      |
| (8) 事業指定日   | 平成16年10月1日                               |

## 2. 事業目的

当事業所が行う通所介護は、事業対象者及び要支援・要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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世話及び日常動作訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

## 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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。

職種	配置 人数	区分		常勤 換算	指定 基準	職務の内容
		常勤	非常勤			
管理者	1	1			1	通所・第一号通所事業に勤務する職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。
生活相談員	2	2			1	利用者の自立生活を支援する為、関係機関などとも連携し、利用者及び家族等に対して相談援助を行います。
看護職員	2	0	2		1	利用者の健康チェック等の健康管理に関する業務を行うとともに、日常生活上のお手伝いを行います。
介護職員	14	9	5		8	入浴、食事、排泄等の介護及び日常生活上のお手伝いを行います。
機能訓練指導員	3	1	2		1	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為の訓練を行いません。

\* 生活相談員1名は介護職と兼務

\* 看護職員1名は機能訓練指導員と兼務

## 4. 通常の事業の実施地域

添川、濁川、旭川、新藤田、将軍野、手形、手形山、千秋、中通、広面、東通、泉、保戸野、大町、外旭川。

それを超える場合概ね1kmにつき50円の追加料金。

## 5. 営業日及び営業時間

営業日 月～土曜日 但し、日曜祝祭日・12月31日～1月3日を除く

営業時間 8：30～17：30

サービス提供時間

通所介護 月～土曜日 9：55～16：00

第一号通所事業 月～土曜日 9：55～16：00

## 6. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金

### (1) <サービス内容>

・送迎	ご自宅までの送迎をいたします。
・健康チェック	顔色・体温・血圧・脈拍など、体調の確認をいたします。
・入浴(※)	身体状況にあわせ、温泉で入浴していただきます。
・食事(※)	当館自慢の献立と器でのお食事を提供いたします。
・休憩	お昼寝の時間がございます。
・レクリエーション等	レクリエーション(ゲーム・体操・カラオケ・年間行事など)や趣味活動(手芸・折り紙・ぬり絵・囲碁・将棋など)を通して、楽しみながら身体機能の低下防止や機能回復を図ります。
・排泄	利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うとともに排泄自立についても適切な援助を行います。
・相談援助	利用者とその家族からの相談に応じます。

### (2) <サービス利用料金>

#### 通所介護

#### ① 介護保険一部負担金 (サービス提供時間6時間以上7時間未満)

要介護度	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
	一割負担	二割負担	三割負担
要介護度1	564円	1,128円	1,692円
要介護度2	667円	1,334円	2,001円
要介護度3	770円	1,540円	2,310円
要介護度4	871円	1,742円	2,613円
要介護度5	974円	1,948円	2,922円

#### ② 加算利用料

内容	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
	一割負担	一割負担	三割負担
入浴介助加算(I)	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円	12円	18円

※心身の状態等、ご本人・ご家族の都合により提供時間の変更があった場合でも通常通りの利用料とさせていただきます。

内容	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
	一割負担	二割負担	三割負担
個別機能訓練加算Ⅰイ	56円	112円	168円

① 介護保険一部負担金

要介護度	介護保険適用時の1ヶ月あたりの自己負担額		
	一割負担	二割負担	三割負担
要支援1・事業対象者	1,798円	3,596円	5,394円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	24円	48円	72円
要支援2	3,621円	7,242円	10,863円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	48円	96円	144円

その他加算料金

内容	全介護度	1ヶ月あたりの負担額
介護職員処遇改善加算Ⅰ	事業対象者共通	介護保険一部負担額合計の8%

(3) 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7条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

項目	自己負担額	説明
食材料費、おやつ代	730円	ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用
送迎追加料金	1kmにつき 50円	当事業所実施区域を超えた場合にかかる追加料金。 Googleマップにて検索。
おむつ代	実費	ご契約者の希望により、当施設のものを使用された場合、実費にてご負担いただきます。
レクリエーション 趣味活動	実費	ご契約者の希望により、レクリエーションや趣味活動に参加していただくことができますが、かかる原材料費はご負担いただきます。
複写物	実費	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。
入湯税	75円	入湯税として秋田県に納入分

お持ち頂く物

- ・ 入浴道具（バスタオル、フェイスタオル、着替え、汚れた衣服を入れる袋）
- ・ 常備薬（服用の方）
- ・ おむつ、リハビリパンツ（ご使用の方）
- ・ 連絡帳 初回利用時にお渡しいたします

(4) 送迎時間について

要介護の方と要支援及び事業対象者の方は原則として別々の時間での送迎となります。

同時間での送迎に関しては車輛の都合もあるため事前にご相談下さい。

(5) キャンセル等

サービスの利用を中止する場合には、なるべく早く、さとみ温泉りらくす倶楽部まで連絡して下さい。

さとみ温泉りらくす倶楽部 893-5547

当日お迎えに行ってからキャンセルに関しては、交通費を実費請求させていただくこととなります。

(6) 利用料金のお支払方法

前記(2)、及び食材料費等は、各月ごとに集計し、翌月15日（指定日が金融機関の休日に当たる場合は直後の営業日）にご指定の口座より自動引落させていただくか、

当事業所指定口座にお振り込みいただきます。

## 7. 苦情受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受けつけます。

○苦情受付窓口（担当者）

（職名）	管理者	柿崎 司
	相談員	見崎 雄輔
	相談員	松村 美香

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：00～16：30

また、苦情受付ボックスをホール内に設置しております。

(2) 秋田市介護保険課

TEL 018-888-5674

FAX 018-888-5673

秋田市役所 長寿福祉課

TEL 018-888-5668

FAX 018-888-5667

受付時間 8：30～17：15

秋田県国民健康保険団体連合会

TEL 018-883-1550

FAX 018-883-1551

## 8. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次のあげるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止の関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見人制度の使用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者
-------------

管理者：柿崎 司
----------

## 9. 事故発生時の対応

サービス提供時に、万一事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治医、居宅介護支援事業所、関係機関等に連絡するとともに、事故にあわれた方の救済、事故の拡大防止等の必要な措置を講じます。

また、ご契約者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。

令和 年 月 日

\* 説明者

指定通所介護・指定介護予防通所介護サービス・第一号通所事業の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

株式会社 秋田温泉さとみ  
事業所名 さとみ温泉 りらくす倶楽部

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

\* 利用者及びご家族

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、サービスの提供の開始に同意しました。

利用者住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

ご家族住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

初回説明事項からの変更

変更事項	( 令和 年 月 日説明 )
変更事項	( 令和 年 月 日説明 )
変更事項	( 令和 年 月 日説明 )
変更事項	( 令和 年 月 日説明 )