

《地域密着型 立生苑デイサービスセンター》

地域密着型通所介護重要事項説明書

【令和 7 年 6 月 18 日現在】

1 提供するサービスについての相談窓口

《担 当》 生活相談員 松本 まゆみ
《受付時間》 午前 8 時 15 分～午後 5 時 15 分
《電 話》 0197-22-4356

2 立生苑デイサービスセンターの概要

(1) 施設の名称等

名 称	地域密着型 立生苑デイサービスセンター
所 在 地	岩手県奥州市水沢字見分森 16 番地
介護保険指定番号	通所介護 岩手県 0391500477
定 員	10 名

(2) 従業者

職種	員 数	摘 要
管理者	1 名以上	常勤・兼務
生活相談員	1 名以上	常勤・兼務
介護職員	1 名以上	常勤
機能訓練指導員	1 名以上	常勤

(3) 施設設備の概要

食堂	1 か所	相談コーナー	1 か所	静養室	1 室 1 か所
談話室	1 か所	機能訓練室	1 か所	送迎車輛	4 台
一般浴槽	1	特殊浴槽	1		

(4) 営業日・営業時間・サービス提供時間

ア) 営業日・営業時間

月～金（土日営業なし）

8 時 15 分から午後 5 時 15 分

サービス提供時間

午前 9 時 00 分～午後 4 時 10 分

(5) 通常の事業の実施地域

奥州市の水沢、胆沢、前沢

3 サービス内容

入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

4 利用料金

- (1) 利用料金は、次のとおりです。また、原則としてサービス利用料金から介護給付額を除いた金額（通常サービス利用料金の 1 割、2 割、3 割の額）、食費の自己負担額の合計額を負担していただきます。

【地域密着型通所介護】 7 時間以上 8 時間未満

	要介護度区分	利用料金	入浴介助加算 (I)	個別機能訓練 加算 I (イ)	サービス提供 体制強化加算 (I)	合計
日 額	要介護 1	753 円	40 円	56 円	22 円	871 円
	要介護 2	890 円				1,008 円
	要介護 3	1,032 円				1,150 円
	要介護 4	1,172 円				1,290 円
	要介護 5	1,312 円				1,430 円

※個別機能訓練加算 I (イ) 56 円

※介護職員等処遇改善加算 (I) 所定単位数に 9.2% を乗じた単位数

※科学的介護推進体制加算 40 円

※送迎減算 -47 円（迎えか、送りの送迎を実施しなかった場合）-94 円（迎え、送り両方の場合）

※食費 720 円（1 食につき）

※流動食、メイバランス 550 円 行事食別途 100 円（1 食につき）

(2) 支払方法

当月分の料金の請求書を翌月の 10 日以降にお届けしますので、同月末までにお支払いください。支払いを受けたときは領収書を発行します。

5 サービスの利用

(1) サービスの利用開始

サービスの利用を希望されるときは、まず、電話でお申し込みください。申し込みがありましたら、担当職員がお伺いいたします。利用契約を結んでサービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書で申し出ください。

② 事業者の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。

そのときは、終了の 1 か月前までに文書で通知します

③ 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくとも自動的にサービスを終了します。

ア 利用者が介護保険施設に入所したとき

イ 介護保険でサービスを利用していた利用者の介護認定区分が、要支援、又は非該当（自立）と認定されたとき

ウ 利用者が死亡したとき

④ 次の場合は、利用者は文書で解約の通知することによって直ちにサービスを終了することができます。

ア 当センターが正当な理由がなくサービスを提供しないとき

イ 当センターが守秘義務に反したとき、又は利用者やご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行ったとき

ウ 利用者と文書による契約を結んだ後、サービスの提供をしばしば中止したとき

⑤ 次の場合は、利用者に文書で通知することにより直ちに契約を解除し、サービスの提供を終了することがあります。

ア 利用者が、利用料金の支払いを3か月以上遅延し、支払いの催告後10日以内に支払いがないとき

イ 利用者が正当な理由がなくサービスの提供をしばしば中止したとき

ウ 利用者が入院、その他の理由で3ヶ月以上にわたってサービスを利用できないことが明らかになったとき

エ 利用者やご家族が、当センターや当センターの従事者に対し、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行ったとき

6 当センターの目標

(1) 充実した一日を過ごせるサービスの提供

(2) 仲間づくりができるサービスの提供

(3) 生活機能の維持向上を目指し、日常生活に密着したサービスの提供

(4) 介護家族の負担軽減を図るサービスの提供

7 緊急時の対応

サービスの提供中に容態に変化があったときは、速やかに主治医や協力医療機関等と連携を取るなど必要な措置を講じます。

【緊急連絡先】

氏 名		TEL
氏 名		TEL
主治医		TEL

8 非常災害対策

非常災害時には、職員で組織する自衛消防隊による初期対応を図るとともに、消防署等関係機関に速やかに通報します。

防災設備	自動火災報知機、消火器 5
防災訓練	年 2 回
防災管理者	松本 まゆみ

9 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、サービスの提供に当たり事故が発生したときは、必要な措置を講じるとともに、速やかにご家族に連絡します。また、事故の状況及びその際に採った措置を記録し、保険者、関係機関等に報告します。
- (2) サービスの提供に当たり事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼしたときは、その損害を賠償します。

10 ハラスメントの防止について

- (1) 事業所は、適切な介護予防通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

11 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止をするための定期的な研修の実施
- (4) 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

12 衛生管理等

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のため研修及び訓練を定期的実施する。

13 運営推進会議について

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な行動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図る事を目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね 6 か月に 1 回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内及び出席依頼を行いますので、可能な限りご出席頂きますようお願いいたします。

14 サービスに関する相談・苦情窓口

(1) 当センターの相談・苦情担当

生活相談員 松本まゆみ

電話 0197-22-4356

(2) 市町村の相談・苦情窓口

奥州市健康福祉部 長寿社会課

電話 0197-34-2197

(3) 岩手県国民健康保険連合会

電話 019-604-6700

当法人の概要

名 称 社会福祉法人 寿水会

代表者 理事長 藤原 健一

所在地 岩手県奥州市水沢字見分森 19 番地 1 電話 0197-25-3131

定款の目的に定めた社会福祉事業

- ☐ 養護老人ホーム寿水荘
- ☐ 寿水荘指定訪問介護事業所
- ☐ 特別養護老人ホーム立生苑
- ☐ 指定短期入所生活介護事業所立生苑
- ☐ 立生苑デイサービスセンター
- ☐ 寿水会指定居宅介護支援事業所
- ☐ ケアハウス千鳥苑
- ☐ 小規模多機能型居宅介護支援事業所 見分けの森
- ☐ グループホーム千鳥苑

地域密着型通所介護の提供に当たり、利用者に契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 岩手県奥州市水沢字見分森 16 番地

事業所 地域密着型 立生苑デイサービスセンター

代表者 社会福祉法人 寿水会

理事長 藤原 健一 印

説明者 生活相談員 松本 まゆみ 印

契約書及び本書面により、事業所から通所介護について重要な事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族又は代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____