

# 重 要 事 項 説 明 書

(介護予防センターさくらの里)

あなたに対する通所介護・通所型サービス（従前相当・A型）サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1. 法人の概要

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 法人の名称      | 社会福祉法人さくら福祉会    |
| 主たる事務所の所在地 | 山形県酒田市中牧田丸福 171 |
| 法人代表者      | 理事長 佐藤 正視       |
| 電話番号       | 0234-62-2941    |

## 2. ご利用される事業所・実施事業

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| 事業所の名称   | 介護予防センターさくらの里              |
| 施設の所在地   | 山形県酒田市字山田 32-2             |
| 指定年月日    | 平成 21 年 4 月 17 日           |
| 指定を受けた番号 | 山形県 第 0670801430 号         |
| 事業所の種類   | 指定通所介護<br>通所型サービス（従前相当・A型） |
| 利用定員     | 55 名                       |
| 電話番号     | 0234-61-4871               |

## 3. 事業の目的と運営方針

### 目的

利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、機能訓練及び日常生活のお世話を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び身体機能の維持ならびに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

## 4. 運営方針

介護保険法の基準原理に基づき、老人福祉処遇の質の確保と向上に努め、保険・医療・福祉が一体となった在宅生活が送れるよう援助いたします。

## 5. 事業所（施設）の職員体制

| 従業者の職種  | 区 分 |     | 職 務 内 容                                |
|---------|-----|-----|----------------------------------------|
|         | 常 勤 | 非常勤 |                                        |
| 管理者     | 1 名 | 名   | 事業所業務の統括                               |
| 看護職員    | 1 名 | 1 名 | 日常生活上の健康管理、相談介護、その他必要な業務               |
| 介護職員    | 7 名 | 4 名 | 日常生活上の介護、その他必要な業務全般                    |
| 機能訓練指導員 | 2 名 | 名   | 心身機能の低下の防止及び維持回復を図る為の訓練の実施個別機能訓練計画書作成等 |
| 生活相談員   | 5 名 | 名   | 利用申込に係る調整、相談・援助業務全般                    |

## 6. 営業日、営業時間、サービス提供時間・事業実施地域

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| 営業日       | 月～日※年中無休           |
| 営業時間      | 8 時 30 分～17 時 30 分 |
| サービス提供時間  | 8 時 30 分～16 時 40 分 |
| 通常の事業実施地域 | 酒田市、庄内町、鶴岡市、戸沢村    |

## 7. 利用費及びその他の費用

【通所型サービス】 (1 割負担)

酒田市

| 通所型サービス 利用者負担額     |                                     |               |                                              |                                                |                      |
|--------------------|-------------------------------------|---------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|
| 1                  |                                     | 従前相当サービス      |                                              | A型サービス                                         |                      |
|                    | 事業対象者<br>要支援 1                      | 週 1 回<br>(月額) | 1,798 円                                      | 1 回<br>(月 4～5 回)                               | 567 円                |
|                    | 事業対象者<br>要支援 2                      | 週 2 回<br>(月額) | 3,621 円                                      | 1 回<br>(月 8～10 回)                              | 574 円                |
| ※以下選択サービス（該当者のみ）   |                                     |               |                                              |                                                |                      |
| 2                  | 事業所が送迎を行わない場合                       | 従前相当サービス      |                                              | A型サービス                                         |                      |
|                    |                                     | 通所型独自<br>送迎減算 | 所定単位数から<br>片道につき<br>－47 円                    | 事業対象者<br>要支援 1・要支援 2<br>(月 5 回まで)              | 片道 496 円<br>往復 426 円 |
|                    |                                     |               |                                              | 事業対象者<br>要支援 2<br>(月 10 回まで)                   | 片道 504 円<br>往復 433 円 |
| 3                  | サービス提供体制強化加算（Ⅲ）<br>（※従前相当サービスのみ・月額） |               | 要支援 1                                        | 24 円                                           |                      |
|                    |                                     |               | 要支援 2                                        | 48 円                                           |                      |
| 4                  | 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）                       |               | 事業対象者<br>要支援 1・要支援 2<br>（※従前相当サービスの<br>み・月額） | 1～3 で算定した単位数の<br>1000 分の 90 に相当する単位数<br>(9.0%) |                      |
|                    | 介護職員処遇改善加算 1                        |               | 事業対象者<br>要支援 1・要支援 2<br>（※A 型サービスの<br>み・1 回） | 26 円                                           |                      |
|                    | 介護職員処遇改善加算 2                        |               |                                              |                                                |                      |
| 保険外サービス            |                                     |               |                                              |                                                |                      |
| 入浴加算（A型サービスのみ・1 回） |                                     |               | 350 円                                        |                                                |                      |

庄内町

| 通所型サービス 利用者負担額   |                                     |                                         |                   |                  |       |
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------|------------------|-------|
| 1                | 事業対象者                               | 従前相当サービス                                |                   | A型サービス           |       |
|                  |                                     | 1 回<br>(月 4 回まで)                        | 436 円             | 1 回<br>(月 4 回まで) | 305 円 |
|                  |                                     | 1 回<br>(月 8 回まで)                        | 447 円             | 1 回<br>(月 8 まで)  | 313 円 |
|                  | 要支援 1                               | 1 回<br>(月 4 回まで)                        | 436 円             | 1 回<br>(月 4 回まで) | 305 円 |
|                  | 要支援 2                               | 1 回<br>(月 8 回まで)                        | 447 円             | 1 回<br>(月 8 回まで) | 313 円 |
| ※以下選択サービス（該当者のみ） |                                     |                                         |                   |                  |       |
| 2                | 通所型独自送迎減算<br>事業所が送迎を行わない場合          | 従前相当                                    | 所定単位数から片道につきー47 円 |                  |       |
|                  |                                     | A 型                                     | 所定単位数から片道につきー33 円 |                  |       |
| 3                | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)<br>(※従前相当サービスのみ・月額) | 要支援 1                                   | 24 円              |                  |       |
|                  |                                     | 要支援 2                                   | 48 円              |                  |       |
| 4                | 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）<br>※従前相当サービスのみ・月額     | 1～3 で算定した単位数の 1000 分の 90 に相当する単位数（9.0%） |                   |                  |       |

鶴岡市

| 通所型サービス 利用者負担額    |                         |                     |                                              |                   |       |
|-------------------|-------------------------|---------------------|----------------------------------------------|-------------------|-------|
| 1                 |                         | 従前相当サービス            |                                              | A型サービス            |       |
|                   | 事業対象者<br>要支援 1          | 1 回<br>(月 4 回まで)    | 436 円                                        | 1 回<br>(月 4 回まで)  | 349 円 |
|                   |                         | 月額<br>(例外的に月 5 回利用) | 1,798 円                                      |                   |       |
|                   | 事業対象者<br>要支援 2          | 1 回<br>(月 8 回まで)    | 447 円                                        | 1 回<br>(月 8 回まで)  | 358 円 |
|                   |                         | 月額<br>(例外的に月 9 回利用) | 3,621 円                                      |                   |       |
| ※以下選択サービス (該当者のみ) |                         |                     |                                              |                   |       |
| 2                 | 事業所が送迎を行わない場合           |                     | 従前相当・A型                                      | 所定単位数から片道につきー47 円 |       |
| 3                 | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)<br>(月額) |                     | 要支援 1                                        | 24 円              |       |
|                   |                         |                     | 要支援 2                                        | 48 円              |       |
| 4                 | 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)<br>(月額)  |                     | 1～3 で算定した単位数の 1000 分の 90 に相当する<br>単位数 (9.0%) |                   |       |

戸沢村

| 通所型サービス 利用者負担額   |                         |                     |                                         |                   |  |
|------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-------------------|--|
| 1                |                         | 従前相当サービス            |                                         |                   |  |
|                  | 事業対象者<br>要支援 1          | 1 回<br>(月 4 回まで)    | 436 円                                   |                   |  |
|                  |                         | 月額<br>(例外的に月 5 回利用) | 1,798 円                                 |                   |  |
|                  | 事業対象者<br>要支援 2          | 1 回<br>(月 8 回まで)    | 447 円                                   |                   |  |
|                  |                         | 月額<br>(例外的に月 9 回利用) | 3,621 円                                 |                   |  |
| ※以下選択サービス（該当者のみ） |                         |                     |                                         |                   |  |
| 2                | 事業所が送迎を行わない場合           |                     | 従前相当                                    | 所定単位数から片道につき－47 円 |  |
| 3                | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)<br>(月額) |                     | 要支援 1                                   | 24 円              |  |
|                  |                         |                     | 要支援 2                                   | 48 円              |  |
| 4                | 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）<br>(月額)   |                     | 1～3 で算定した単位数 1000 分の 90 に相当する単位数 (9.0%) |                   |  |

【通所介護】 大規模型通所介護費(Ⅱ) (1 割負担)

| 介護保険サービス 利用者負担額 |                 |                  |                  |                                         |                  |                  |                  |
|-----------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
|                 |                 | 2 時間以上<br>3 時間未満 | 3 時間以上<br>4 時間未満 | 4 時間以上<br>5 時間未満                        | 5 時間以上<br>6 時間未満 | 6 時間以上<br>7 時間未満 | 7 時間以上<br>8 時間未満 |
| 1               | 要介護 1           | 253 円            | 345 円            | 362 円                                   | 525 円            | 543 円            | 607 円            |
|                 | 要介護 2           | 290 円            | 395 円            | 414 円                                   | 620 円            | 641 円            | 716 円            |
|                 | 要介護 3           | 328 円            | 446 円            | 468 円                                   | 715 円            | 740 円            | 830 円            |
|                 | 要介護 4           | 365 円            | 495 円            | 521 円                                   | 812 円            | 839 円            | 946 円            |
|                 | 要介護 5           | 403 円            | 549 円            | 575 円                                   | 907 円            | 939 円            | 1059 円           |
| ※以下該当者のみ        |                 |                  |                  |                                         |                  |                  |                  |
| 2               | 事業所が送迎を行わない場合   |                  |                  | 所定単位数から片道につき－47 円                       |                  |                  |                  |
| 3               | 入浴介助加算 I        |                  |                  | 40 円                                    |                  |                  |                  |
| 4               | 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ    |                  |                  | 56 円                                    |                  |                  |                  |
| 5               | サービス提供体制強化加算(Ⅲ) |                  |                  | 6 円                                     |                  |                  |                  |
| 6               | 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）   |                  |                  | 1～5 で算定した単位数 1000 分の 80 に相当する単位数 (9.0%) |                  |                  |                  |

※通所型サービス・通所介護ともに、保険給付に係る自己負担額は、介護保険負担割合証に記載されている自己負担割合に基づき、計算された金額となります。（負担割合が 2 割の場合は 1 割の場合の概ね 2 倍、3 割の場合は概ね 3 倍の金額となります。）

**【通所介護・通所型サービス】**

| 保険外サービス             |       |
|---------------------|-------|
| 食費                  | 850 円 |
| コピー（片面、利用者に関わるもののみ） | 20 円  |
| レクリエーション費用          | 実費相当額 |
| 趣味活動費               | 実費相当額 |
| おむつ代等               | 実費相当額 |
| 日用品費                | 実費相当額 |

**8. キャンセル料（昼食代）**

利用者の都合により利用をキャンセルされる場合、

- ・利用日の前日 17：00 まで連絡があった場合、キャンセル料はいただきません。
- ・利用日の前日 17：00 以降の連絡については 850 円実費をいただきます。

**9. 利用料金のお支払方法について**

お支払いは、毎月 10 日までに前月分の請求をします。お支払い方法は口座振替を原則とし、毎月 26 日（土日祝日の場合は翌営業日）に指定の口座より引き落としとなります。引き落とし確認後に領収書を発行します。また、状況に応じて当事業所指定の金融機関への振込、あるいは現金支払いを事業所から提案する事があります。振込および現金の場合は請求月の月末までのお支払いをお願いいたします。

**10. サービスの提供内容**

|             |               |             |
|-------------|---------------|-------------|
| 1. 送迎       | 2. 個別及び集団機能訓練 | 3. 入浴介助     |
| 4. 昼食の提供    | 5. 血圧測定及び検温   | 6. その他必要な介助 |
| 7. 余暇活動、行事等 |               |             |

## 1 1. サービス内容に関する苦情

サービス全般に関するご相談・苦情を承ります。

電話番号：0234-61-4871

受付時間：月～土（8時30分～17時30分）

担当：生活相談員 齋藤 慶奈

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

### ①酒田市役所高齢者支援課介護認定係

所在地 山形県酒田市本町2丁目2番45号

電話番号 0234-26-5732 FAX 0234-26-5796

受付時間 8時30分～17時（土日、祝日を除く）

### ②庄内町役場保健福祉課介護保険係

所在地 山形県東田川郡庄内町余目字132番1号

電話番号 0234-42-0150 FAX 0234-42-0894

受付時間 8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

### ③鶴岡市健康福祉部長寿介護課

所在地 山形県鶴岡市馬場町9番25号

電話番号 0235-25-2111 FAX 0235-29-5658

受付時間 8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

### ④戸沢村役場健康福祉課

所在地 山形県最上郡戸沢村大字古口270

電話番号 0233-72-2364 FAX 0233-72-2116

受付時間 8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護サービス苦情処理室

山形県寒河江市大字寒河江字久保6番地

電話番号 0237-87-8006 FAX 0237-83-3354

受付時間 9時～16時（土日、祝日、12月29日～1月3日を除く）

## 1 2. 第三者評価の実施状況

実施の有無

なし

## 1 3. 緊急時の対応方法

サービス提供時に利用者の容態が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や指定された救急搬送先医療機関への連絡等必要な措置を講じます

## 1 4. 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行っています。

利用者を含めた総合訓練 年2回以上

## 15. 当事業所ご利用の際の留意事項

1. 事業所内の設備や備品、器具等は本来の用法に従い、職員の助言を守って適切にお使い下さい。これに反した利用等で破損、紛失等が生じた場合は、利用者の自己負担で原状に復していただくか実費弁償していただきますので、あらかじめご了承ください。また、各種機器には禁忌事項があり、お体の状態によっては使用できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
2. 施設内は全面禁煙となりますので煙草等の持ち込み、および喫煙はご遠慮ください。またアルコール類の持ち込みや利用中の飲酒につきましても固くお断りいたします。
3. 事業所内で紛失やトラブルの原因になる恐れがありますので、多額の現金及び思い出深い品物、貴重品等の持ち込み、利用者間での物品のやり取りはご遠慮下さい。紛失、破損、苦情等においても一切の責任は負いかねます。
4. 原則として排泄物品（リハビリパンツ、パット等）は個人でご用意ください。ただし急を要する場合はお貸しいたしますので次回利用時にご返却下さい。
5. 雑誌等のコピーについて、大量あるいは利用者本人以外が使用するなど使用目的によってはお断りをすることがあります。
6. 体調不良等により予定されていたリハビリや入浴等のサービスが提供できない場合がございますので、あらかじめご了承ください。
7. 交通事情等により、送迎の時間が前後する場合がございます。また原則として送迎はご自宅の玄関内までとなります。途中での下車等は出来ませんので、あらかじめご了承ください。
8. 事業所内での執拗な宗教活動、政治活動、販売行為、利用者間の金品の受け渡し等は一切禁止となっておりますので、あらかじめご了承ください。
9. 利用中に体調不良となった場合、病院へ搬送、受診の付き添い等はいたしません。原則として自宅までの送りあるいはご家族のお迎えとなりますのでご了承ください。ただし、生命の危険に関わるなど緊急性の高い場合はこの限りではございません。
10. 利用中は細心の注意を払いサービスを提供いたしますが、職員が常時一対一で対応することはできません。よって、ご自宅でも起こりうる転倒や不慮の事故、または高齢からくる体調の急変等が、ご自宅と同様にサービス利用中でも起きる可能性があることを十分ご承知ください。なお、この場合は損害賠償の対象とはなりません。
11. 職員に対する贈物や飲食のもてなしはお受けできません。
12. 風邪、下痢嘔吐、その他病気で他の利用者への感染が予測される場合は、利用をお断りすることがあります。
13. 地震等の災害、台風、積雪その他の異常気象時、電話の不通等により予告なく臨時に休業することがあります。

令和 年 月 日

通所介護・通所型サービス（従前相当・A型）の提供開始にあたり、契約書及び本書面に  
基づき、重要な事項を説明しました。

事業者 法人名 社会福祉法人さくら福祉会

事業所 介護予防センターさくらの里

所在地 山形県酒田市字山田32-2

管理者 氏名 (印)

説明者 氏名 (印)

契約書及び本書面により、事業者から通所介護・通所型サービス（従前相当・A型）につ  
いての重要事項の説明を受け同意しました。

(利用者) 住所

氏名 (印)

(代理人) 住所

氏名 (印)

利用者との関係