

翠光園デイサービスセンター

重要事項説明書

社会福祉法人 翠光園  
翠光園デイサービスセンター

# 翠光園デイサービスセンター

## 重要事項説明書

あなた様(ご利用者)に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなた様に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

### 1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	社会福祉法人 翠光園
主たる事務所の所在地	〒868-0442 球磨郡あさぎり町深田東字宝410番地
代表者(職名・氏名)	理事長 永田 恭子
設立年月日	昭和35年12月24日
電話番号	0966-45-0274

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	翠光園デイサービスセンター	
サービスの種類	通所介護事業所	
事業所の所在地	〒868-0442 球磨郡あさぎり町深田東字宝410番地	
電話番号	0966-45-0274	
事業所所長(管理者)	増田 祐子	
指定年月日・事業所番号	平成12年3月31日	熊本県4373100355号
開設年月日	平成3年3月1日	
利用定員	35名	
事業の実施地域	球磨郡、人吉市	

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能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機能、生活機能の維持回復並びに利用者の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。
運営の方針	(1) 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとします。 (2) 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たサービスの提供に努めるものとします (3) 事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 (4) 指定通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行います。

#### 4. 提供するサービスの内容

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護等を行います。

送迎	身体状況に合った車両に配慮し、安全に送迎を行います。
食事	身体状況に合った食事を翠光園厨房より提供します。
入浴	体調を考慮し、身体状況に合った入浴を提供します。
その他の介護	ご希望や状態に応じ、適切な介護サービスを提供します。 ・着替え、排せつ、食事の介助 ・おむつ交換、体位交換、施設内の移動の付き添い ・ひげそりや爪切り等の整容、口腔ケアの援助
生活相談	介護のこと、介護以外の日常生活に関することを含め相談できます。
健康管理	センター到着後の健康チェック、随時の状態確認
機能訓練	個別の心身状態を踏まえた機能訓練計画書に沿って日常生活や各種レクリエーション、機能訓練等をとおして機能回復又はその減退を防止し、心身の健康に配慮します。

#### 5. 営業日時

営業日	日曜日から土曜日まで ただし、年末年始(12月31日から1月3日)を除きます。
営業時間	午前8時から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時50分から午後4時10分まで

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	常勤	基準	職務内容
事業所長(管理者)	1名	1名	管理・監督、センター業務の統括
生活相談員	1名	1名	利用申込に係る調整、通所介護計画の作成、相談・援助業務
看護職員	2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	8名	5名	日常生活上の介護、その他必要な業務
機能訓練指導員	1名	1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
栄養士	1名		献立作成、栄養量計算、食事量記録等の食事業務全般

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

#### 7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、法定代理受領サービスに該当する場合は、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には、介護報酬告示上の額とします。

(1) 通所介護の利用料・・・基本部分、加算・減算の合計の額となります。

【基本部分】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
要介護1	5,720円 (1日につき)	572円	1,144円	1,716円
要介護2	6,760円 (1日につき)	676円	1,352円	2,028円
要介護3	7,800円 (1日につき)	780円	1,560円	2,340円
要介護4	8,840円 (1日につき)	884円	1,768円	2,652円
要介護5	9,880円 (1日につき)	988円	1,976円	2,964円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める介護予防通所介護の金額に相当する金額であり、通所介護の金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額			
		基本料金	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
入浴介助加算	入浴中の利用者の観察を含む介助を行った場合	500円/回	50円/回	100円/回	150円/回
認知症加算	指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算で2以上確保している等厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	600円/回	60円/回	120円/回	180円/回
中重度ケア体制加算	指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算で2以上確保している等厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	450円/回	45円/回	90円/回	135円/回
個別機能訓練加算(I)	提供時間帯を通じて常勤専従の機能訓練指導員を1名以上配置する等厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	460円/回	46円/回	92円/回	138円/回
個別機能訓練加算(II)	専従の機能訓練指導員を1名以上配置している等厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	560円/回	56円/回	112円/回	168円/回
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症患者に対して指定通所介護を行った場合	600円/回	60円/回	120円/回	180円/回

栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	1500円/回 (月2回を限度)	150円/回 (月2回を限度)	300円/回 (月2回を限度)	450円/回 (月2回を限度)
口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合	1500円/回 (月2回を限度)	150円/回 (月2回を限度)	300円/回 (月2回を限度)	450円/回 (月2回を限度)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ※	事業所の介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が50%以上	180円/回	18円/回	36円/回	56円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ※	事業所の介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が40%以上	120円/回	12円/回	24円/回	36円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)※	職員総数の内、勤続年数3年以上の者の占める割合が30%以上	60円/回	6円/回	12円/回	18円/回
介護職員処遇改善加算Ⅰ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算・減算の合計 5.9%			
介護職員処遇改善加算Ⅱ※		上記基本部分と各種加算・減算の合計 4.3%			
介護職員処遇改善加算Ⅲ※		上記基本部分と各種加算・減算の合計 2.3%			
介護職員処遇改善加算Ⅳ※		加算Ⅲの90%			
介護職員処遇改善加算Ⅴ※		加算Ⅲの80%			

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

## 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件(概要)	減算額			
		基本料金	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
同一建物 減算	同一建物に居住する者が利用 した場合	940円/回	94円/回	188円/回	282円/回
送迎を行わ ない場合	利用者が自ら通う場合、利用者 の家族等が送迎を行う場合	470円 /片道	47円 /片道	94円 /片道	141円/回 /片道

## (2) その他の費用

食費	食事を提供する場合、1食につき500円の食費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、利用者負担が適 当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など) について、費用の実費をいただきます。

## (3) 支払方法

上記(1)(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれか  
の方法によりお支払いください。

支払方法	支払要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが 指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現 金でお支払いください。

## 8. サービス利用にあたっての留意事項

送迎時間	朝9時頃センターを出発しご利用者のお宅へお迎えに参ります。前後のご利用 者の都合により、時間にずれが生じる場合もございますので、ご自宅内でお待ち 下さい。 夕方16時頃センターを出発しご利用者のお宅を廻ります。 道路事情により、送迎時間のずれが生じる事があります。
金銭・貴重品の管理	原則として貴重品・金銭の持ち込みはご遠慮願います。
所持品の持ち込み	最低限度必要な物に限らせていただきます。
設備・器具の利用	施設内の設備や器具は自由にご利用いただいて構いません。 ただし、本来の用法に従ってご利用ください。
飲酒・喫煙	センター内での喫煙は固くお断りいたします。 センター内での飲酒はできません。
宗教活動・政治活動	センター内での他利用者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮願います。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならない  
ようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、出来る限り早めに担当の居宅介  
発行日：平成30年4月1日

護支援事業所(介護支援専門員)又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体変化等があった場合その必要な場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、速やかにご家族・介護支援専門員等へ連絡いたします。

## 10. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当居宅介護支援事業所(介護支援専門員)及びあさざり町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する通所介護の提供により自己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場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

## 11. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連携を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき毎月利用者及び従業者等の訓練を行います。

## 12. 守秘義務及び個人情報の保護

- (1) 事業者及びその従業者は、在職中及び退職後においても、正当な理由なくその業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- (2) 当事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。

## 13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施：無し

## 14. 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	0966-45-0274
	面接場所	当事業所の相談室等
	担当者	相談員 桑原 祐規
	責任者	管理者 増田 祐子
	第三者委員	評議員 山口 尊生 (0966-45-1470) 監事 深水 征郎 (090-9408-2871)
	受付時間	営業日 午前8時30分から午後5時まで
	※ 苦情受付ボックスをデイセンターに設置しています。	

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先	
あさぎり町役場 介護保険担当課	所在地	球磨郡あさぎり町免田東1199番地
	電話番号	0966-45-1111
	受付時間	午前8時30分から午後5時15分
熊本県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地	熊本市中央区南千反畑3番7号 熊本県総合福祉センター内
	電話番号	096-324-5471
	受付時間	午前8時30分から午後5時15分
国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地	熊本市東区健軍1丁目18-7 熊本県国保連分館 介護サービス苦情(相談)受付
	電話番号	096-365-0329
	受付時間	午前8時30分から午後5時15分



平成 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	熊本県球磨郡あさぎり町深田東字宝410番地		
	事業者(法人)名	社会福祉法人 翠光園		
	代表者職・氏名	管理者	増田祐子	㊞
	説明者職・氏名	生活相談員	桑原祐規	㊞

私は、事業者より上記の重要事項について書面に基づいて説明を受け、同意します。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

署名代行者(又は法定代理人)

住所 \_\_\_\_\_

本人との続柄 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞