

総合事業 通所型サービス

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

# 総合事業 通所型サービス

## 重要事項説明書

### 1 事業の目的と運営方針

要支援状態又は事業対象者である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、総合事業通所型サービスを提供することを目的とします。

事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及び契約の定めに基づき関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

### 2 事業の内容

(1) 事業所名	翠光園デイサービスセンター
指定番号	熊本県 4373100355 号
所在地	〒868-0442 球磨郡あさぎり町深田東字宝410番地
管理者氏名	増 田 祐 子
電話番号	0966-45-0274
FAX番号	0966-45-0106
サービスを提供する地域	球磨郡、人吉市

#### (2) 事業所の従業体制

	(職務の内容)	(常勤)	(非常勤)	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名	—	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名	—	1名
介護職員	介護業務	7名	—	7名
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管理	1名	2名	3名
機能訓練指導員	身体機能の向上、保険維持のための指導	1名	—	1名

#### (3) 設備の概要

##### 食堂

利用者の全員が利用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が利用できるテーブル・椅子・箸や食器類などの備品類を備えます。

## 機能訓練室

利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

## その他の設備

設備としてその他に、静養室・相談室・事務室等を設けます。

### (4) 定員及び営業時間帯

	(定員)	(営業時間帯)	(サービス提供時間)
日曜から土曜日	30名	8:00から17:30迄	9:50から16:10迄

## 3 サービスの内容

### (1) 送迎

- ①送迎車により、事業所と自宅との間を行います。
- ②通常の営業時間の利用の方を送迎します。

### (2) 食事

利用者に合った食事を提供します。

### (3) 入浴

見守りや直接介助により、入浴を提供します。

### (4) 機能訓練

機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行ない日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

### (5) 生活相談

事業者の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

### (6) レクリエーション

- ①併設施設において実施される行事等に参加することができます。
- ②行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

### (7) 排泄

随時、排泄介助をいたします。(オムツ、リハビリパンツ利用の方は持参ください)

#### 4 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

##### 介護報酬告示額

##### (1) 基本料金(1日当たり)

	利用者負担金額	基本利用料
要支援1	1,672円/月	16,720円/月
要支援2	3,428円/月	34,280円/月

##### (2) 加算料金等

入浴介助加算	40円/月	400円/月
運動器機能向上加算	225円/月	2250円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援1 24円/月	240円/月
	要支援2 48円/月	480円/月
事業所評価加算	120円/月	1,200円/月

介護職員処遇改善加算Ⅰ 5.9%

※上記基本料金と各種加算合計に乗じる。

介護職員特定加算Ⅱ 1.0%

※上記基本料金と各種加算合計に乗じる。

介護職員等ベースアップ等支援加算 1.1%

※上記基本料金と各種加算合計に乗じる。

##### (3) 減算

##### 同一建物減算

要支援1	376円/月
要支援2	752円/月

##### (4) その他費用

食費 食事提供の場合、1食につき500円をいただきます。

その他 日常生活において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については実費をいただきます。

## 5 サービスの中止、変更、追加

- (1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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。
- (2) サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業者の稼働状況により利用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 利用料のお支払方法

利用料は、1ヶ月毎にまとめて請求をいたしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

### (1) 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)にご指定いただいた口座より引き落と致します。

### (2) 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。

## 7 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- (2) 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- (3) 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (4) 従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- (5) 送迎時間は道路事情により時間のずれが生じることがあります。
- (6) 飲酒・喫煙に関して当該施設内での飲酒や喫煙は固くお断りいたします。
- (7) 宗教活動・政治活動に関して当該施設内での活動はご遠慮ください。

## 8 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、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災及び避難に関する計画を作成し、年2回利用者及び従業員等の訓練を行います。

## 9 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は速やかにご家族や主治医、協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

## 10 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業所の故意又は過失によらない場合には、この限りではありません。

## 11 守秘義務及び個人情報の保護に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

## 12 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 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 : なし

## 14 苦情相談窓口

(1) 事業所相談窓口担当者	桑原祐規(生活相談員)
ご利用時間	8:00から17:00迄
電話番号	0966-45-0274
責任者	増田祐子(管理者)
第三者委員	山口尊生(評議員)
	深水征郎(監事)

(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。

① あさぎり町役場 高齢福祉課

所在地 球磨郡あさぎり町免田東1199番地  
電話番号 0966-45-7215  
相談日 毎週月曜日から金曜日(土日祝日・年末年始を除く)  
受付時間 9:00から17:00迄

② 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町3-7(熊本県総合福祉センター内)  
電話番号 096-324-5471  
相談日 毎週月曜日から金曜日(土日祝日・年末年始を除く)  
受付時間 9:00から17:00迄

③ 熊本県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2丁目4-10 市町村自治会館5階  
電話番号 096-214-1101  
相談日 毎週月曜日から金曜日(土日祝日・年末年始を除く)  
受付時間 9:00から17:00迄

令和 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 \_\_\_\_\_ ㊟