

重要事項説明書

通所型サービス

デイサービスすずらん

1 通所型サービス事業者（法人）の概要

| | |
|---------|----------------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人しまなみ福祉会 |
| 代表者名 | 理事長 曾我部 仁史 |
| 所在地・連絡先 | 住所 愛媛県今治市宮下町1丁目1番62号 |
| | 電話 0898-23-5000 |
| | FAX 0898-23-5022 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---------|----------------------|
| 事業所名 | デイサービスすずらん |
| 所在地・連絡先 | 住所 愛媛県今治市宮下町1丁目1番62号 |
| | 電話 0898-23-5066 |
| | FAX 0898-23-5022 |
| 事業所番号 | (3870202508) |
| 管理者氏名 | 田中 晋治 |
| 利用定員 | 通所型サービス(30名) |

(2) 事業の目的

要支援状態等にある利用者が、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、通所型サービスを提供することを目的とする。

(3) 事業の運営方針

- 1 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、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する。
- 2 利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしく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る。
- 3 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及びその他の居宅サービス事業者並びにその他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(4) 事業所の職員体制

(通所型サービス)

| 従業員の職種 | 勤務形態・人数 |
|---------|--------------------|
| 管理者 | 常勤 1 人 |
| 生活相談員 | 常勤 1 人以上 |
| 看護師 | 常勤 1 人 非常勤 1 人以上 |
| 介護職員 | 常勤 3 人以上 |
| 機能訓練指導員 | 常勤 1 人以上 非常勤 1 人以上 |

(5) 事業の実施地域 今治市 但し、島嶼部は除く。

(6) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|--------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日・祝日 |
| 営業時間 | 8 時 20 分～17 時 20 分 |
| サービス提供時間 | 9 時 00 分～16 時 00 分 |
| 営業しない日 | 日曜・年末年始(12/30～1/3) |

* 年末年始休業はカレンダー等により変更あり

3 サービス内容及び費用

(1) 介護保険対象サービス

○ サービス内容

| 種類 | 内容 |
|--------|--|
| 食事 | 手作りの温かい食事を提供します。 |
| 入浴 | 個人浴槽と機械浴槽とで、必要に応じた介助を行います。 |
| 排泄 | 利用者の状況に応じた、排せつ介助を行います。 |
| 機能訓練 | 利用者に適した身体機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。また、心身機能の向上のため、屋外での活動も取り入れていきます。 |
| 生活指導 | 利用者の生活面での指導、助言を行います。自宅でも可能なレクリエーションや健康体操を実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からの各種相談に応じます。 |
| 送迎 | ご自宅玄関から施設内まで送迎を行います。 |

○費用

第一号通所事業・通所型サービスの利用料・・・基本部分、加算、減算の合計の額となります。

(料金表) 本人負担額

基本料金

| サービス名称 | サービスの内容 | 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) |
|-------------------------|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 通所型サービス 1 (1月につき) | 週1回程度の通所型サービスが必要とされた者(事業対象者・要支援1)で 1ヶ月で5回以上利用。 | 17,980円 /月 | 1,798円 /月 | 3,596円 /月 | 5,394円 /月 |
| | 週1回程度の通所型サービスが必要とされた者(事業対象者・要支援1)で 1ヶ月で4回までの利用。 | 4,360円× 回数 | 436円× 回数 | 872円× 回数 | 1,308円× 回数 |
| 通所型サービス 2 (1月につき) | 週2回程度の通所型サービスが必要とされた者(事業対象者・要支援2)で 1ヶ月で9回以上利用。 | 36,210円 /月 | 3,621円 /月 | 7,242円 /月 | 10,863円 /月 |
| | 週2回程度の通所型サービスが必要とされた者(事業対象者・要支援2)で 1ヶ月で8回までの利用。 | 4,470円× 回数 | 447円× 回数 | 894円× 回数 | 1,341円× 回数 |

※上記の基本利用料は、今治市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。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・減算

| 加算の種類 | 加算の要件（概要） | 加算額 | | | |
|--------------------|--|-----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | | 基本利用料 （1月あたり） | 利用者負担 （1割） | 利用者負担 （2割） | 利用者負担 （3割） |
| 生活機能向上連携加算 | 外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合 | 2000 円 | 200 円 | 400 円 | 600 円 |
| 口腔機能向上加算 I | 口腔機能向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施または接触・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合 | 1500 円 | 150 円 | 300 円 | 450 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の情報を厚生労働省に提出し、サービス提供にあたり、その情報を活用している場合 | 400 円 | 40 円 | 80 円 | 120 円 |
| 介護職員等 処遇改善加算 II | 介護職員の処遇改善に対する取り組みを実施している場合 | 1 ヶ月の利用料の 9.0%が加算されます | | | |

(2)介護保険対象外サービス

○食費

食事サービスを受ける方は、昼食 650 円が必要となります。(月末実績で請求)

○おむつ代

おむつを使用される方は、各種類(紙おむつ 200 円・尿取パット 100 円・リハビリパンツ 200 円)の費用が必要となります。(月末実績で請求)

○その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、利用者様の希望により通常サービス提供の範囲を超える保険外の費用は、利用者様の負担になります。

○キャンセル料

利用者様の容態の急変など、緊急やむをえない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。但し、前記以外については実費費用についてお支払い頂きます。

(3)利用料等のお支払い方法

毎月 16 日までに請求書を発行し、翌月 27 日に引き落としとなります。

その他のお支払方法については、ご相談ください。

4 その他

| 事項 | 内容 |
|-------------|---|
| 計画の作成及び事後評価 | 当事業所の管理者が、利用者様の直面している課題等を評価し、利用者様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。また、サービス提供の目標に達成状況等を評価し、その結果を書面(モニタリング)に記載してお客様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | ・採用時研修 採用後 1 か月以内 ・全体研修 年 6 回以上 |

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口

窓口責任者 丹藏 智治

ご利用時間 8：20～17：20

ご利用方法 電話 0898-23-5066

面接 当事業所相談室

苦情箱 デイサービス入り口に設置

| | |
|-------------------------|---|
| 今治市役所 健康福祉部 高齢介護課 | 住所 愛媛県今治市別宮町 1-4-1 電話 0898-36-1526 ご利用時間 8：30～17：15 (土・日、祝日、年末年始を除く) |
| 愛媛県国民健康保険 団体連合会相談窓口 | 住所 愛媛県松山市高岡町 101-1 電話 089-968-8800 ご利用時間 8：30～17：15 (土・日、祝日、年末年始を除く) |

6 事故発生時における対応方法

社会福祉法人しまなみ福祉会（以下「乙」という。）は、通所型サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者(以下「甲」という。)の後見人及び家族に連絡を行うと共に、甲に対して応急措置、医療機関への搬送等必要な措置を講じます。発生した事故は、内容によっては基準に基づき、保険者、居宅介護支援事業所への報告を行います。また、賠償すべき事故が発生した場合に備えて、損害保険に加入し速やかにその対応を行います。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

・加入損害保険名： 介護事業者損害賠償保険（あいおいニッセイ同和損保）

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

| | |
|----------------|-----------------------|
| 主治医 | 病院名及び住所 氏名 電話番号 |
| 緊急連絡先 (家族等) | 氏名(続柄) 住所 電話番号 |

おな、てだてのない場合は下記、医療連携協力病院の指示等を仰ぐことができます。

協力医：愛媛県今治市宮下町1丁目1番21号

社会医療法人真泉会 今治第一病院 理事長 曾我部 仁史

電話番号 0898-23-2000

8 虐待の防止のための措置

| | |
|----------------|---|
| 虐待の防止にかかる責任者 | 田中 晋治 |
| 従業者への研修計画 | 全体研修 年2回予定 |
| 虐待が発生した場合の対応方法 | その生命や身体に重大な危険が生じているか否かに関わらず、速やかに市町村へ通報する。 |

9 身体的拘束等について

- ・利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わないものとする。
- ・身体的拘束等を行わなければならない場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。

10 非常災害時の対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の犠牲に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

・非常時の対応

別途定める災害非常時マニュアルにのっとり対応を行います。避難訓練は、別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。防災設備については、今治消

防署の指導・検査合格済です。主要設備名称（スプリンクラー、避難階段、自動火災報知機、誘導灯、防火扉、屋内消火器、ガス漏れ探知機）

・防災での臨時休業

警戒レベル3～5の場合、臨時休業、規模縮小する場合があります。

警戒レベル3とは避難準備・避難開始・高齢者等は速やかに避難

警戒レベル4とは速やかに避難

警戒レベル5とは災害がすでに発生しており、命を守るための最善の行動をとることを表します。

（臨時休業の場合は事前または当日送迎前に電話にて連絡します）

11 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

12 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。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、通所型サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

| | | |
|-----|------|-------------------|
| 事業者 | 住所 | 愛媛県今治市宮下町1丁目1番62号 |
| | 事業者名 | 社会福祉法人しまなみ福社会 |
| | 代表者名 | 理事長 曾我部 仁史 印 |

| | | |
|-----|----|-------|
| 説明者 | 職名 | 生活相談員 |
| | 氏名 | 印 |

私は、重要事項説明書に基づいて、通所型サービスの内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

| | | |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

| | | |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |