

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 敬愛会

デイサービスセンターはせやま
(地域密着型通所介護)

地域密着型通所介護重要事項説明書

社会福祉法人 敬愛会

1. 事業の目的

居宅の要介護者等に対し通所により各種のサービスを提供することによって、生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的・精神的な負担の軽減を図ることを目的とする。

2. 事業基本方針

介護保険受給資格者が要介護状態等に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、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の機能の維持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事業の基本方針とする。

3. 通所介護サービスの相談

担 当 者：利用申込みや生活に関する相談は〔生活相談員〕が応対します。

介護に関する相談は〔介護員〕が応対します。

健康や病気に関する相談は〔看護師〕が応対します。

受付時間：月～金曜日、8：00～17：00

4. 概 要

名 称：デイサービスセンターはせやま 電 話：059-237-2630

F A X：059-237-4817

所 在 地：津市片田長谷町167番地1 郵便番号：514-0077

指定番号：2470500048〔指定通所介護事業所〕

事 業 所：サービスに関わる主な共用箇所・設備は次のとおりで、デイサービスセンターはせやま棟及び慈宗院サービス棟となります。

定 員（一般型）	15名	生活相談室	1ヶ所
		サービスステーション	1ヶ所
食堂	1ヶ所	デイルーム	1ヶ所
日常動作訓練室	1ヶ所	休養室	1ヶ所
特殊浴槽	1ヶ所	介護者教育室	1ヶ所
一般浴槽	1ヶ所	便所	1ヶ所
送迎車	5台	洗面	1ヶ所

職員体制：サービスに従事する職種・職員数・業務は次のとおりです。

生活相談員	2名（兼務含む）	生活全般
介護職員	1名以上	介護全般
看護職員	1名以上	健康全般
機能訓練指導員	1名以上	日常訓練
調理員	1名	調理全般
運転手	若干名	送迎全般

営業時間：月～金曜日 8：00～18：00
サービス提供時間 9：15～16：30
尚、年末年始（12月30日～1月3日）は休業します。

実施地域：通常のサービス地区は津市内とします。但し、他地域からの利用申し込みについては協議によって実施することができます。

協力病院：丸岡医院〔電話059-237-0013〕

5. サービス内容

送迎、入浴、食事、健康管理、機能訓練、生活相談、レクリエーション等で【契約書別紙】に明記したとおりです。

6. サービスの負担金及び利用料金

【契約書別紙】に記入した額で、その算出方法は次のとおりです。

介護保険対象サービス料金

一般型：□7～8時間		(1単位10.27円)
□要介護1	1回あたり	[753単位]
□要介護2	同 上	[890単位]
□要介護3	同 上	[1,032単位]
□要介護4	同 上	[1,172単位]
□要介護5	同 上	[1,312単位]
□個別機能訓練加算Ⅰイ	1回あたり	[56単位]
個別機能訓練加算Ⅰロ	1回あたり	[76単位]
個別機能訓練加算Ⅱ	1月あたり	[20単位]
□入浴介助加算Ⅰ	1回あたり	[40単位]
入浴介助加算Ⅱ	1回あたり	[55単位]
□サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回あたり	[22単位]
□科学的介護推進体制加算	1月あたり	[40単位]

利用者負担の割合は介護保険負担割合証に記載してある割合となります。

□介護職員処遇改善加算Ⅰ 総単位数の9.2%

介護保険対象外サービス料金

□食事提供費	1食あたり	[700円]
□おやつ代	同上	[100円]
□サービス提供記録、その他希望されるコピー料金1枚に付き		[10円]但し
カラーコピーの場合1枚に付き		[50円]（A3サイズは80円）

※レクリエーション代（手工芸材料費や入場料、拝観料等）、デイサービス連絡帳は実費負担となります。

支払方法：毎月15日までに前月分を請求。25日までに支払っていただくことになります。その方法は「口座自動引き落とし」か「現金」を選んでいただくことになります。但し、口座自動引き落としの場合は、引き落とし後請求兼領収書を発行します。

7. サービスの開始及び終了の手続き

- 利用開始：(1) 「生活相談員」と話し合いの上、利用開始時期などを決め、【指定通所介護利用契約書】を取り交わします。また定員に空きがなく直ちに利用できない場合は、別紙【利用申込書】に所定事項を記入して、待機していただきます。
- (2) 居宅サービス計画を作成した介護支援専門員を通じて申し込みの場合は当該生活相談員が事前協議で決めた内容を連絡いたします。その内容に同意された場合、【指定通所介護利用契約書】を取り交わします。また定員に空きがなく直ちに利用できない場合は、別紙【利用申込書】に所定事項を記入して、待機していただきます。
- (3) 契約時には、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、公費減額証明証などを提示していただきます。

- 利用終了：(1) 利用者の都合で終了する場合は、別紙【解約通知書】に記入し、終了を希望する日の1週間前に当事業所に提出していただきます。
- (2) 事業者の都合で終了する場合は、終了の1ヶ月前に文書で通知となります。
- (3) 利用料金の支払い催告に応じない場合は、終了となります。
- (4) 職員や他の利用者に対して、背信行為を行った場合は、終了となります。
- (5) 要介護認定の更新で自立または要支援と認定された場合終了となります。
- (6) 介護保険施設に入所した場合、終了となります。
- (7) 死亡した場合は、終了となります。

8. サービス利用時や利用中に守っていただきたい事項

準備品：利用時には、必要に応じて次のものを準備していただきます。

- (1) 入浴後の着替え類。
- (2) 利用中に服用する薬、湿布薬など。
- (3) 個人所有の歩行器や老人車や車椅子は持ち込み自由です。

- 遵守事項：(1) 事業者の定めた生活日課、健康管理上必要な指示に従ってください。
- (2) 暴力、喧嘩、口論等他人に迷惑な行為及び言動をしないでください。
- (3) 火災防止に努め、管理上支障のあるものを施設内に持ち込まないでください。
- (4) サービス内容について事実と相違することを故意にいいふらさない。
- (5) その他管理者が管理上支障があると認めた事項は守ってください。

9. サービス提供上で必要な対応方法

提供中止：(1) 利用者の病気で他に感染のおそれがある場合、中止することがあります。

- (2) 当日の健康チェックの結果、看護職員が利用者の体調が悪いと判断した場合は、中止することがあります。
- (3) 利用中に、利用者の体調が悪くなった場合は、中止することがあります。

緊急時：介護状態の異変や容体急変の時は、【家族等への連絡一覧】によって家族に連絡します。その時は、家族の早急な判断が必要となります。

災害対策：万が一の火災・地震発生を想定した、通報・消火・避難の訓練を防災計画に沿って行います。

その際は、事業所内に掲示してある【避難誘導方法・消火栓配置図】を閲覧し、防火管理者の指示に従っていただきます。

火災発生時には、非常通報により津市消防署、職員及び隣接の施設から職員が応援に駆け付けることになっています。

事故発生時の対応

：当指定通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに保険者、当該利用者の家族等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。

運営推進会議の設置

：地域との連携及び事業所運営の透明性を確保するため、利用者やその家族、地域住民の代表者、津市職員または地域包括支援センター職員等に活動状況を報告し、評価を受けるとともに、要望や助言を聞く機会を設けます。（おおむね6ヶ月に1回以上）

苦情処理：事業所のサービス内容について苦情・相談及びご意見があるときは承ります。

施設内苦情相談窓口担当（生活相談員）大形理沙 059—237—2630

法人 苦情相談窓口担当（事務局長）高山宗和 059—237—1122

第三者委員 福井正道（敬愛会評議員） 090-5878-3354

稲垣法重（敬愛会監事） 090-5876-7944

中森長郎（敬愛会監事） 090-5877-2237

津市は、介護保険課（平日8：30～17：15） 059—229—3149

三重県は、国民健康保険連合会介護保険課 059—222—4165

※その他の市町は、各々の介護保険窓口、苦情受付相談窓口等へお願いします。

10. 連帯保証人

- (1) 連帯保証人は利用者と連帯して本契約から生じる利用者の債務を負担するものとする。
- (2) 前項の連帯保証人の負担は極度額100万円を限度とする。

- (3) 連帯保証人が負担する債務の元本は利用者の死亡又は退所、もしくは連帯保証人が死亡したときに確定するものとする。
- (4) 連帯保証人の請求があったときは事業者は連帯保証人に対して遅滞なく利用料等に支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

以上、指定通所介護事業所の利用にあたり、利用者又は代理人等に対して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] 住 所 津市片田長谷町226番地

社会福祉法人 敬愛会

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印

以上、本書面により、事業者から指定通所介護事業所の利用についての重要な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

令和 年 月 日 [代理人並びに連帯保証人]
[]

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

※ 自筆にて署名の上、押印