

重要事項説明書

令和 年 月 日現在

みどり苑デイサービスセンター指定通所介護重要事項説明書

1 ご利用者に関する事項

氏名 _____ 様

要介護等認定区分 _____ 要介護1 _____ 要介護2 _____ 要介護3 _____ 要介護4 _____ 要介護5 _____

要介護等認定有効期間 _____ 令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 _____

2 事業者

(1) 法人

法人名	社会福祉法人 敬愛会
法人所在地	福岡県古賀市新原840番地
電話番号(FAX番号)	092-942-6000(092-942-0600)
代表者(理事長)	猿渡 雅美
施設長	緒方 宏幸
設立年月日	平成8年8月1日

(2) 事業所

事業所名	みどり苑デイサービスセンター
所在地	福岡県古賀市新原840番地
管理者	大谷 健司
電話番号(FAX番号)	092-942-0200(092-942-0600)
サービスの種類	指定通所介護事業
指定番号	福岡県 第4073600100号
サービス提供地域	古賀市及びその近郊の区域

3 営業日及び営業時間並びにサービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日。 ただし、12月31日～翌年1月3日を除きます。
営業時間	午前8時45分～午後5時
サービス提供時間	午前9時30分～午後3時30分

注、災害その他やむを得ない事情がある場合は、日曜日等並びに営業日に時間を延長して営業を行うことがあります。

4 利用定員 1日33名

注、災害その他やむを得ない事情がある場合は、これを超える場合があります。

5 職員体制

職種	常勤換算(人)	主な職務内容
管理者	1	職員、業務及び法令順守等の一元管理
生活相談員	1	生活向上に向けた適切な相談、援助
介護職員	3以上	介護サービスの提供
看護職員	1	健康管理、衛生管理他介護サービスの提供
機能訓練指導員	1	機能の維持・向上に向けた訓練・指導
栄養士	1	心身の状態に応じた食事の提供、栄養指導

注1 常勤換算は、職員それぞれの週当たり勤務時間の総数を、当事業所における常勤職員の所定労働時間(39.3時間)で除した数です。

6 事業所で合わせて実施するサービス

居宅介護支援・予防支援
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
短期入所生活介護(ショートステイ)
軽費老人ホーム(ケアハウス)
古賀市介護予防日常生活支援総合事業

7 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

社会福祉法人敬愛会が開設する通所介護事業所が行う通所介護事業(本事業)(以下「本事者」という。)の適正な運営を確保する為に、必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、ご利用者が要介護状態等となった場合においても、そのご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適切な通所型サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

- ① 事業者は、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ② サービスの提供は、ご利用者の要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。
- ③ サービスの提供は、常にご利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう行います。
- ④ サービスの提供に当たっては、個別計画を作成し、当該計画に基づき行います。
- ⑤ サービスの提供に当たっては、懇切丁寧にを行うことを旨とし、ご利用者又はそのご家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- ⑦ 事業者は、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供ができるよう努めます。
- ⑧ 事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、居宅サービス事業者その他の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。

8 サービス内容及びご利用者負担金

(1) サービス内容

- | | |
|-----------|-------------------------------|
| ① 個別計画の作成 | 通所介護サービス計画等に基づき作成します |
| ② 機能訓練 | 心身の状況や趣味等を踏まえて行います |
| ③ 健康状態の確認 | 看護師が日々の状態を確認します |
| ④ 入浴 | 身体状況に応じた入浴ができます。機械浴槽もあります |
| ⑤ 食事 | 栄養、心身の状態に沿った食事のご提供、栄養指導等を行います |
| ⑥ 送迎 | 自宅と事業所間の送り迎えを行います |
| ⑦ 相談援助 | 在宅生活指導や相談への助言、他機関との調整等を行います |

(2) ご利用者負担金及びお支払方法等

① 保険給付の対象

古賀市が定める基準(下記料金表)となります。サービスが法定代理受領サービスである場合のご利用者負担金は、その1割か2割か3割となります。

注1 法定代理受領サービスに該当しない場合は、利用料金の全額を一旦お支払い頂き、後日、保険者からの保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

注2 古賀市の利用料金に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額も変更させていただきます。

◎ (通所介護費)・・・通常規模型、5時間以上6時間未満

◆介護保険給付対象料金

(1日当たり 単位 円)

	利用料金	自己負担額
要介護 1	5,700	570
要介護 2	6,730	673
要介護 3	7,770	777
要介護 4	8,880	880
要介護 5	9,840	984
個別機能訓練加算(Ⅰ) イ	560	56
入浴介助加算(Ⅰ)	400	40
中重度ケア体制加算	450	45
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180	18
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	利用総額の9.2%	左記料金の1割の金額

個別機能訓練加算Ⅱ 1ヶ月 200 1ヶ月 20

科学的介護推進体制加算 1ヶ月 400 1ヶ月 40

※ケアハウス グリーンホームにご入居の方は、基本単位より94円減額となります。

※送迎を行わない場合、片道47円減額となります。

※古賀市は地域区分7等級となり1単位当たり10.14円となります。

※上記料金は負担割合が1割の方の場合です。2割負担の方は負担額が2倍となります(3割の方は3倍)

② 保険給付の対象外(実費)

食費	1回620円
レクリエーション、趣味活動のときの材料費代等	実費
その他、おむつ代等	実費

③ お支払方法

料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し事業所からご案内しますので、翌月25日までに当事業者にお支払い頂きます。

なお、お支払方法は、原則として、口座振替とさせていただきます。

(3)ご利用のキャンセル等の申し出

- ・ご利用者の都合によりサービスをキャンセル・変更する場合は、サービス利用予定日の前日までに事業者へ申し出下さい。
- ・キャンセル料は頂いておりませんが、食事の準備の都合により急なキャンセルの場合は、食事代を頂くことがあります。
- ・サービスご利用の変更は、事業者の都合によりお応えできない場合があります。

(4)サービス利用に当たっての留意事項

① 入浴及び送迎サービスをご利用の場合

- ・入浴サービスをご利用されるときは、感染症の恐れがある場合、事前に必ずお申し出下さい。
- ・送迎サービスのお迎えのときは、事前にお打合せした時間に外出できるよう、事前の準備をお願いします。

② ご利用者の心身の状態等の変化が見られる場合

ご利用者又はご家族は、速やかに事業所に連絡いただきますようお願いいたします。

③ 事業所の設備、備品を利用する場合

事業所の職員の指示に従って頂きます。

④ 喫煙・飲酒について

喫煙は、決められた場所以外ではお断りさせていただきます。飲酒は、できません。

⑤ 迷惑行為等

騒音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮頂きます。

また、むやみに他の利用者の持ち物等に触れないようにお願いします。

⑥ 貴重品の取り扱いについて

基本的にはご利用者の判断によりますが、ご利用者の判断がつかない場合は、ご家族と事業所が話し合い、管理の方法を決めさせていただきます。

⑦ 職員に対する贈り物や飲食等のおもてなし

一切、お受けできません。

9 緊急時、事故発生時の対応

- ・ 事業者は、本事業の実施中にご利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、ご家族に連絡します。
- ・ ご利用者に対する本事業の提供により、賠償すべき事項が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- ・ 事業者は、事故の状況や事故に際して取った処置について記録するとともに、事故発生の原因を解明し、再発防止に努めます。

(連絡先)

主治医	氏名	
	医療機関名	
	電話番号	
	住所	
緊急連絡先	氏名	
	電話番号	
	住所	

(損害賠償責任保険)

保険会社名	あいおいニッセイ同和損保保険株式会社
保険内容	介護保険・社会福祉事業者総合保険

10 災害対策

- ・ 事業者は、地震、火災等の非常災害に際して、ご利用者の安全確保を最優先とした避難、誘導等の措置を講じます。
- ・ 事業者は、非常災害等を発見又は発生の危険性を察知したときは、臨機の措置をとるとともに、所轄消防署に通報する等の適切な措置を講じます。
- ・ 事業者は、消火設備、救急品、避難器具等の備付及びその使用方法、並びに非常災害時の避難場所、避難経路等について、研修等により職員への周知徹底に努めます。
- ・ 事業者は、防火管理者を配置し、非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、当該計画に基づき防火訓練を年2回以上行います。

11 衛生管理等

- ・ 事業者は、ご利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- ・ 事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めます。
- ・ 事業者は、これらのことを研修等により職員への周知徹底に努めます。

12 個人情報の取り扱い

ご利用者及びご家族の個人情報の取り扱いは個人情報保護に関する規則等関係諸規定に従って行いますが、次に掲げる通常のサービスの範囲内での利用目的及び関係する第三者へ通知するもの等については、あらかじめ、ご了承下さい。なお、これら以外の目的で利用させて頂く必要が生じた場合等には、改めてご利用者又はご家族の同意を頂くことにしています。

(あらかじめ、ご了承ください利用目的)

- ・ ご利用者への介護サービス提供
- ・ 他の介護事業者との連携(サービス担当者会議等)・連絡調整が必要な場合
- ・ ご利用者の受診に当り、医療機関にサービス提供記録等を提供する場合
- ・ 研修の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ・ 介護保険事務及びご利用者の為に行う管理運営業務(会計、事故報告、介護、医療サービスの向上等)
- ・ 事業者の為に行う管理運営業務(介護サービスや業務の維持・改善の為の資料の作成、職員教育の為に行う事例研究等)
- ・ 介護保険事務等事業所の業務の一部を外部事業者に委託する場合
- ・ 損害賠償保険等の請求に係る保険会社等への相談及び届出等

13 苦情等の相談窓口

(1) 事業所

窓口担当者	管理者 大谷 健司
ご利用時間	営業日の午前8時45分～午後5時
ご利用方法	電話番号:092-942-0200
	FAX番号:092-942-0600
	面 接:随時
	苦情箱(事業所に設置)

(2) その他苦情解決に係る担当者

当法人	社会福祉法人敬愛会 施設長 緒方 宏幸
事業者の第三者委員	北九州古賀病院 事務部長 相森 信義

(3) 行政機関その他苦情受付機関

古賀市健康介護課	住所	福岡県古賀市庄205
	電話番号	092-942-1144
	FAX番号	092-942-1154
	受付時間	月～金 9:00～17:00
福岡県国民健康保険団体連合会	住所	福岡県福岡市博多区吉塚本町13番47号
	電話番号	092-642-7859
	FAX番号	092-642-7856
	受付時間	月～金 9:00～17:00
福岡県社会福祉協議会 地域福祉部権利擁護センター	住所	福岡県春日市原町3丁目1番7号
	電話番号	092-915-3511
	FAX番号	092-584-3790
	受付時間	月～金 9:00～17:00
福津市介護保険課	住所	福津市中央1丁目1番1号
	電話番号	0940-43-8191
	FAX番号	0940-34-3881
	受付時間	月～金 8:30～17:00
福岡市東区介護保険課	住所	福岡市東区箱崎2丁目54-1
	電話番号	092-645-1071
	FAX番号	092-631-2191
	受付時間	月～金 8:45～17:15

粕屋広域連合	住所	粕屋郡久山町大字久原3168-1
	電話番号	092-652-3111
	FAX番号	092-652-3106
	受付時間	月～金 9:00～17:00

14 虐待防止に関する事項

- ・事業者は、虐待を防止するための職員に対する研修を行います。
- ・事業者は、ご利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備に努めます。
- ・事業者は、サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者(ご利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

15 その他運営に関する重要事項

- ・事業者は、職員の資質向上を図るため研修の機会を次の通り設けます。また業務体制の整備に努めます。
 - (1) 採用時研修(採用後1ヶ月以内)
 - (2) 継続研修(年1回以上)
- ・職員は、正当な理由なく業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を洩らしません。また、職員であった者に、職員でなくなった後においても守る旨を職員との雇用契約の内容とします。
- ・第三者評価は行なっておりません。

令和 年 月 日

以上、通所介護事業サービス提供開始にあたり、契約書及び本書面に基づき重要な事項を説明しました。

＜説明者＞ 社会福祉法人 敬愛会
みどり苑デイサービスセンター
生活相談員 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から、通所介護事業サービスの重要な事項の説明を受け、同意しました。

＜利用者＞ 住所 _____
氏名 _____ 印

※利用者代理人を選任した場合及び利用者に代わって署名した理由

氏名 _____ 印
(続柄 _____)
理由 _____

12 項に規定する個人情報の使用についてご家族の同意が必要な場合

12 項に規定する個人情報の使用について同意します。

家族の住所 _____
家族の氏名 _____ 印
(続柄 _____)