

デイサービス **ゆずの木**

通所型現行相当サービス 重要事項説明書

令和5年4月1日

社会福祉法人 庄川福祉会

「通所型現行相当サービス重要事項」

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 庄川福祉会
- (2) 事業所所在地 富山県砺波市庄川町高儀新 95-3
- (3) 事業所の名称 デイサービスゆずの木
- (4) 電話・ファックス番号 0763-82-6864
- (5) 代表者氏名 理事長 庄下 中
- (6) 管理者 山田 和美
- (7) 事業所の目的 介護保険法に従い、要支援状態にある方に対し、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とし、目標を設定して計画的に通所型現行相当サービス(介護予防通所介護相当)を提供いたします。
また、関係市町村、介護保険者、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 当事業所の運営方針
 - 1、 本事業所において提供する通所型現行相当サービス(介護予防通所介護相当)は、介護保険法並びに関係する厚生労働省告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
 - 2、 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所型現行相当サービス(介護予防通所介護相当)計画書を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
 - 3、 利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
 - 4、 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
 - 5、 常に、提供したサービスの質の管理・評価を行う。
 - 6、 介護予防サービス計画書が作成されている場合には、当該計画に沿ったサービスを提供する。
- (9) 利用定員 15 人(地域密着型通所介護サービスを含む)
- (10) 設備の概要

食堂 兼 機能訓練室 1 室

家庭的な雰囲気を大切にし、対面式キッチンを取り入れ、車椅子利用者にもスムーズに移動可能な段差の無いスペースを確保しています。

その他の設備

一般浴室・特別浴室(車イス浴槽)、便所(車椅子利用者対応)、静養室、相談室を設けます。

2. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

砺波市(旧庄川町、中野地区、五鹿屋地区)、南砺市(旧井波町)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (定休日は、土曜日・日曜日・年末年始)
営業時間	8時00分～17時00分
サービス提供時間	8時45分～16時15分

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所型現行相当サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職 種	常 勤	非 常 勤	指定基準	業務内容
管 理 者	1名		1 名	業務の一元的な管理
生 活 相 談 員	1名		1 名以上	生活指導及び相談
介 護 職 員	1 名	1名	1 名以上	介護業務
看 護 職 員	1名	1名	1 名以上	心身の健康管理、保健衛生管理
調 理 員		1名		調理
機能訓練指導員	1名兼務	1名兼務	1 名以上	機能回復訓練の指導

4. 当事業所が提供するサービスの内容

- ・送迎 送迎車により、事業所と自宅との間を行います。但し、通常の送迎を実施している時間の利用者の方を送迎します。
- ・健康チェック 利用後、電子体温計・電子血圧計にて測定し記録をするのとともにご連絡をします。
- ・入浴 浴槽は2種類あり利用者の状態によって対応いたします。見守りや直接介助をします。
その日の健康状態によっては清拭等に変更になる場合もあります。
- ・食事 利用者に合った食事形態の食事を提供します。食べられない物やアレルギーのある方は事前にお知らせください。
- ・排泄 随時、排泄介助をします。(排泄関連品(オムツ・パット等)は自宅からお持ちください。)
- ・生活相談 事業所の従業者はもとより、関係機関と連絡調整し生活の向上を目指します。
- ・レクリエーション 歌や体操、創作活動、散歩など四季を通じての取り組みをします。
行事によっては、料金が別途必要になることがあります。

8:00	9:00		12:00		15:15	16:15
送迎	健康	入浴	昼食		おやつ	送迎
	チェック	レクリエーション		レクリエーション		

＜サービス利用料金＞

- ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 介護保険給付の支給限度を超えてサービス利用させる場合は、超えた分の全額がご契約者の負担になります。
- 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- 保険給付の自己負担額
- 介護保険の給付対象とならないサービス

添付【資料1】の通り

利用料金の全額がご契約者の負担となります。

添付【資料2】の通り

＜利用料金のお支払い方法＞

毎月、10日頃までに前月分の請求をいたしますので、翌月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、現金か、金融機関口座引き落としの2通りの中からご契約の際に選べますので申し出てください。

5. 苦情の受付

当事業所における苦情の受付

(1) サービスに関する苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けます。

○ 苦情解決責任者

施設長 杉本 立甫 電話番号 0763-82-6868

○ 苦情受付窓口(担当者)

担当 山田 和美 電話番号 0763-82-6864

○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日

8:00～17:00

また、苦情受付ボックスを当事業所玄関に設置しています。

※ 直接、第三者委員に苦情を申し出ることもできます。

(2)行政機関その他苦情受付機関

事業所名	所在地	電話番号
南砺市地域包括ケア課	富山県南砺市北川 166-1	(0763)23-2009
砺波市高齢介護課	富山県砺波市栄町7-3	(0763)33-1111
砺波地方介護保険組合(保険者)	富山県砺波市栄町7-3	(0763)34-8333
国民健康保険団体連合会	富山県富山市下野字豆田 995-3	(076)431-9829
富山県福祉サービス運営適正化委員会	富山県富山市安住町5-21	(076)432-3280

(3)苦情処理第三者委員

山本 磯明

南部 都志子

6. 緊急の対応

サービスの提供中に利用者の状態が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに記載された緊急家族連絡先、主治医、居宅介護支援事業者などへ連絡をして必要な措置をとります。

7. 非常災害対策

- ・災害時の対応……利用者の避難等適切な措置を講じ、非常災害に備える。
- ・防災設備等………消火器、非常通報装置 誘導灯
- ・防災訓練………年1回以上

8. 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(保険者)、県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。

9. 守秘義務に関する対策

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。

ただし、サービスを利用していただくために保健・医療・福祉とのサービスの連携を図る目的で必要と認められる情報についてはその限りではありませんがサービスの利用目的以外には使用いたしません。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 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は行いません。

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、その際の利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由について記録をします。

12. サービス利用に当たっての留意事項

- ・利用者又は家族は、利用前・後に利用者の体調の変化があった際には、事業所の従業者に速やかにご連絡をしてください。
- ・利用中に体調の変化があった場合は応急的なことしかできません。体調不良等の場合でサービスの提供が困難であると判断した場合はご利用を中止していただく場合があります。
- ・お約束の送迎の時間が、道路事情等により若干前後することがあります。どうぞご了承ください。
- ・事業所内で利用者間の金銭及び食物等のやりとりはご遠慮ください。
- ・従業者に対する贈り物や飲食等の提供はお受けしていません。
- ・他の利用者及び従業者に対しての中傷、暴言、暴力など秩序を乱す行為はご遠慮ください。
- ・利用時の持ち物、衣類などにつきましては必ず利用者の氏名のご記入をお願いします。
- ・事業所内での利用者の「営利行為、宗教の勧誘、ペットの持ち込み、他利用者への迷惑行為、特定の政治活動」は禁止します。

13. 利用者のキャンセル

- ・キャンセルの連絡は、前日の営業時間までをお願いいたします。
- ・緊急の場合は、その都度すみやかにご連絡をお願いいたします。
- ・キャンセル料は請求しません。

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無 なし

15. その他

- ・事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますのでご請求ください。
また、ホームページも開設しています。是非ご覧ください。

<http://www.shogawa.jp/facilities/yuzunoki>

QRコード



- ・お問い合わせ・ご見学は随時対応いたしますので、お気軽に生活相談員などにご相談ください。メールでも受付しています。 yuzunoki@p2.tst.ne.jp
- ・領収書、契約書、重要事項説明書、通所型現行相当サービス(介護予防通所介護相当)計画書などは大切に保管ください。

※ 下記事項全てご記入ください。

緊急の対応先

緊急時家族連絡先

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号(携帯電話含む)	自宅 携帯

主治医

かかりつけの病院等の名称	
〃 の住所	
〃 電話番号	
主治医名	

第一号通所サービス(通所型 現行相当 サービス)支援事業所

事業所名	
(担当介護支援専門員氏名)	
住 所	
電話番号	

守秘義務に関する対策にかんしての同意確認

下記の事項に同意できる項目には□にチェックを入れてください。

利用者ご本人の映像や写真などの画像を、デイサービスゆずの木の

☐ ホームページに使用することを同意します。

☐ パンフレットに使用することを同意します。

☐ 広報誌に使用することを同意します。

☐ 館内掲示物に使用することを同意します。

令和 年 月 日

通所型現行相当サービス(介護予防通所介護相当)の提供の開始にあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を行い交付しました。

事業者

法人名 社会福祉法人 庄川福祉会
事業所所在地 富山県砺波市庄川町高儀新 95-3
事業所名 デイサービス ゆずの木
説明者

氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の内容について説明を受け、指定介護予防通所介護サービスの提供開始にあたり十分に理解した上で同意いたしました。

利用者

住 所

砺波市庄川町 _____

砺波市 _____

南砺市 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所

砺波市庄川町 _____

砺波市 _____

南砺市 _____

氏 名 _____ 印

【 資料1 】

介護報酬告示額 介護保険負担割合証に準じた自己負担となります。

(1) 通所型現行相当サービス(介護予防通所介護相当)費 (※1) (単位 円)

	要支援 1	要支援 2
通所型現行相当サービス費 (1か月あたり)	1, 672	3, 428
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1か月あたり) (※2)	88	176
	介護福祉士が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の事業所	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1か月あたり)	通所型現行相当サービス費に各種加算を加えた合計に5.9%の加算率を乗じた額 (端数は四捨五入)	
中山間地域等提供加算 (1日あたり)	通常の事業の実施地域を越えて、通所型現行相当サービスを行った場合は、通所型現行相当サービス費に5%の加算率を乗じた額	
科学的介護推進体制加算 (1か月あたり)	40	
介護職員等ベースアップ等支援加算 (1 か月あたり)	通所型現行相当サービス費に各種加算を加えた合計に1.1%の加算率を乗じた額(端数は四捨五入)	

※1 上記の通所型現行相当サービス費は、利用者負担割合が1割の場合の金額です。

利用者負担割合が2割の場合は、2倍の金額となります。

利用者負担割合が3割の場合は、3倍の金額となります。

※2 サービス提供体制強化加算については、サービスを提供する介護福祉士の人数又は勤続年数により、負担額が変わりますのでご注意ください。

<利用者負担割合が1割の場合>

サービス提供体制強化加算(Ⅱ):介護福祉士が50%以上の事業所・・・要支援1: 72円
要支援2:144円

サービス提供体制強化加算(Ⅲ):介護福祉士が40%以上又は勤続7年以上の介護職員が30%以上の事業所・・・要支援1:24円 ・要支援2:48円

【 資料2 】

・食事の提供に要する費用 1 食あたり 665円
・おむつ代 実 費