

通所介護サービス重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンターつどいの家
定員数	{月、木(40名)} {火、金(35名)} {水(30名)}
所在地	高知県宿毛市平田町戸内1813番地1 電 話 0880-66-1188 FAX 0880-66-1195
管理者名	上村 晃司
事業者指定番号	高知県第3970900035号
サービス提供地域	宿毛市

2. 事業所の職員体制

職 種	職員人数	備 考
管 理 者	1名	兼 務
主生活相談員	1名	
介護員 兼 生活相談員(介護福祉士)	1名	兼 務
介護員(介護福祉士)	5名(3名)	
看護職員兼 機能訓練指導員	2名	兼 務
看護職員(介護職員)	2名	兼 務
栄 養 士	1名	兼 務
調 理 員	1名	兼 務

3. 営業日及び営業時間、サービス提供時間

営 業 時 間	休 日 等
午前8時30分～午後5時30分まで	土曜日、日曜日、1月1日、2日、3日
サービス提供時間	
午前9時30分～午後4時00分まで	

4. サービスの内容

利用者の自宅と施設間を、当施設の車輛にて送迎し、施設内での養護、健康チェック、食事、入浴、レクリエーション、リハビリ等により、利用者の健康状態の確認や生きがいの増進、家族の方の介護負担の軽減を図るサービスです。

5. サービス利用料及び利用者負担

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担は、原則として利用料金の1割ですが、ご利用者の所得に応じて介護保険負担割合証の額となります。(市町村から負担割合が記された証「負担割合証」が交付

されます。)ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。
 [利用料金] 一日あたり下記の利用料金となります。

① 基本利用料

	4時間以上5時間未満	5時間以上6時間未満	6時間以上7時間未満
要介護1	386円	567円	581円
要介護2	442円	670円	686円
要介護3	500円	773円	792円
要介護4	557円	876円	897円
要介護5	614円	979円	1,003円

② 体制加算

サービス提供体制強化加算Ⅰ	22円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円

③ 体制加算

中重度者ケア体制加算	45円
------------	-----

④ 各種加算料金

個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56円	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	85円
入浴加算(Ⅰ)	40円	個別機能訓練加算(Ⅱ)	20円(月に)
入浴加算(Ⅱ)	55円	口腔機能向上加算	150円(月2回まで)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円	認知症加算	60円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円	若年性認知症ケア加算	60円

⑤ 介護職員処遇改善加算と ⑥ 介護職員等特定処遇改善加算

⑤ の加算は上記の、①の基本利用料と②③の体制加算と④の各種加算料金を加えた料金の5.9%の加算率を乗じた金額となります。又⑥の加算は上記の①の基本料金と②③の体制加算と④の各種加算料金の1.2%の加算率を乗じた金額となります。(④の各種加算料金(1)のうち、食事や入浴などが行われなかった場合などは差し引いて計算されます。加算の組み合わせにより料金が異なる場合があります。)

介護職員処遇改善加算Ⅰ	料 金	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	料 金
要介護1	41～46円	要介護1	8～9円
要介護2	47～56円	要介護2	10～11円
要介護3	54～58円	要介護3	11～12円
要介護4	60～64円	要介護4	12～13円
要介護5	66～71円	要介護5	13～14円

* サービス利用料金は、実際に利用したサービスの合計となります。

(加算の組み合わせにより料金が異なる場合があります。)

* 食事に係る実費(給食材料費)は別途にいただきます。

昼食代 1食 600円(おやつ代含む)

◎上記金額は令和4年4月1日現在のもので、今後、介護報酬の改正に伴い、変更されるものです。

[支払方法]

利用者負担金は、原則とし月末締めで翌月中旬ごろに郵便局口座引き落としでお支払い下さい。

(現金支払い制度もあります)

* 保険料の滞納や居宅サービス計画を作成しない等により、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明書を発行します。

サービス提供証明書を後日、所轄の市町村の窓口へ提出しますと、自己負担分を控除した金額の払い戻しを受けることができます。

6. キャンセル

(1)利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先までご連絡下さい。

連絡先(携帯): 090-2789-1833 つどいの家

(電話): 0880-66-1188 豊寿園まで

(2)利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用開始日前日 の午後5:30までにご連絡ください。午後5:30以降のキャンセルは、場合によってキャンセル料を いただくことがありますので、ご了承ください。

ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合のキャンセル料は不要です。

7. 当事業所の運営方針

(1)運営方針

利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者及び家族の立場に立った援助の基本姿勢を忘れる事なく、コミュニケーションを密にし、利用者の個別のニーズを見逃さず対応できるなど、ご家族の方の介護負担の軽減や利用者の生活の質の向上に努力します。

○利用回数については、居宅介護支援事業所が作成したケアプランに基づいた利用回数を原則とします

○他のサービス提供事業所と連携を密にし、利用者個々のニーズに応じた対応を行います。

○苦情に関する窓口を設置し、苦情があった場合には迅速かつ適正な対応を行います

○利用者及び家族の了解を得て、主治医の方に意見をお尋ねすることがあります。

○利用者のプライバシーを守り、個人の情報は的確に管理します。

○職員は積極的に施設内外の研修に参加し、資質の向上に努めます。

8. 相談窓口、苦情対応

(1)サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号	0880-66-1188
	FAX番号	0880-66-1195
	管理者	上村 晃司
	対応時間	月～金 8:30～17:30

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

宿毛市相談窓口	所在地	宿毛市桜町2-1
	電話番号	0880-63-1114
	FAX番号	0880-63-0410
	対応時間	月～金 8:30～17:00
四万十市相談窓口	所在地	四万十市大橋通4-10
	電話番号	0880-34-1119
	FAX番号	0880-34-1880
	対応時間	月～金 8:30～17:00
三原村相談窓口	所在地	三原村来栖野346
	電話番号	0880-46-2111
	FAX番号	0880-46-2114
	対応時間	月～金 8:30～17:00

高知県国民健康保険 団体連合会(国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前9時～正午、午後1時～午後4時 土、日、祝日および年末年始(12月29日～1月3日)を除く

(3) 第三者評価の実施状況

実施 (無)

9. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 愛生福祉会
代表者氏名	理事長 筒井 大八
所在地・電話	宿毛市平田町戸内1813番地1 電 話 0880-66-1188 F A X 0880-66-1195
業務の概要	特別養護老人ホーム 豊寿園 定員90名 豊寿園ショートステイサービス 定員10名 デイサービスセンター つどいの家 定員 {月、木(40名)}{火、金(35名)}{水(30名)} ケアハウス すくも 定員50名 豊寿園ホームヘルパーステーション

業務の概要	豊寿園訪問看護ステーション（休止中） 宿毛市東部居宅介護支援事業所 グループホーム えやんばい グループホーム ほうばい
-------	---

10. 緊急時の対応

※対象者に危害があった場合 ①身体状況、外傷、症状の確認をし、管理者に連絡。 ②担当者→管理者(施設長)、介護支援専門員、家族に状況報告。 ※緊急性を伴う場合 ①救急車を呼ぶ→主治医、介護支援専門員に連絡 ②担当者→管理者(施設長)、介護支援専門員、家族に連絡し状況報告。

11. 事故発生時の対応について(送迎中も含む)

(1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所(介護支援専門員)に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。 (2) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すると共に再発の予防に努めます。 (3) 提供するサービスにより賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行うよう努めます。

12. 非常災害対策について

(1) 事業者は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。
--

上記の通り、令和4年4月1日より、重要事項を変更しました。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

通所介護サービス契約の締結にあたり、前記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 宿毛市平田町戸内1813番地1

事業者名 デイサービスセンターつどいの家

説明者 清水 一生 印

通所介護サービス契約の締結にあたり、前記のとおり説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

(代筆者) 住所

氏名 印

(続柄:)

個人情報使用同意書

私(及び私の家族)の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

記

1. 使用する目的

私のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合

2. 使用する期間

令和 年 月 日から契約終了日まで

3. 条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

通所介護事業者

デイサービスセンターつどいの家 様

(利用者) 住所

氏名

印

代筆者:氏名

(続柄:)

(利用者の家族) 住所

氏名

印

(続柄:)