大門園デイサービスセンター

指定通所介護・指定第一号通所事業　重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（事業所番号　第 1772200224 号）

当事業所はご契約者に対して、指定通所介護・指定第一号通所事業サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方又は事業対象者が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1.　事業者　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2.　事業所の概要　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3.　職員の配置状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
4.　サービスの内容　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
5.　利用料金　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
6.　事故発生時の対応について　・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
7.　緊急時における対応について　・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
8.　守秘義務について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
9.　苦情の受付について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
10.　第三者評価の実施状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
11.　ハラスメントについて　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
12.　虐待防止に関する事項　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
13.　その他　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

１．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　手取会
（２）法人所在地　　石川県白山市佐良ロ 123 番地
（３）電話番号　　076－255－5783
（４）代表者氏名　　理事長　　橋本　宏樹
（５）設立年月日　　平成　12 年　4 月　1 日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類　指定通所介護事業所　　平成 12 年　3 月 1 日指定

指定第一号通所事業（通所介護相当サービス）

平成 30 年　4 月 1 日指定

指定第一号通所事業（通所型サービスＡ）

平成 29 年 10 月 1 日指定

事業所番号　　1772200224　号

＊当事業所は特別養護老人ホーム大門園に併設されています。

（２）事業所の目的　事業所の従事者は、要支援状態にある利用者が、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、必要な日常生活上の援助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を軽減することを目的とします。

（３）事業所の名称　大門園デイサービスセンター

（４）事業所の所在地　〒920－2322

石川県白山市佐良ロ 123 番地

（５）電話番号　076－255－5783

（６）事業所長（管理者）氏名　宮下　謙二

（７）開設年月　平成 12 年 4 月 1 日

（８）事業実施地域　白山市の旧鶴来町・旧河内村・旧鳥越村・旧吉野谷村・旧尾口村・旧白峰村

＊事業実施地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（９）営業日　月曜日から土曜日

但し、1 月 1 日・2 日・3 日を除く。

（１０）営業時間　午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分

（１１）サービス提供時間　午前 8 時 50 分から午後 4 時

但し、上記サービス提供時間外でも相談等に応じます。

（１２）利用定員　1 日　33 名まで

３．職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護、指定第一号通所事業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。

＜主な職員配置状況＞　＊職員の配置については指定基準を遵守しています。

職　種	人　員	勤　務　体　制
事業所長（管理者）	1 名	職員：A8:00～17:15、B8:15~17:15 ＊送迎距離の都合により AB の時間帯で人員配置します。 ＊介護福祉士有資格者を 3 名以上配置します。
生　活　相　談　員	1 名以上	
看　護　職　員 （機能訓練指導員兼務）	1 名以上	
介　護　職　員	5 名以上	

４．サービスの内容

居宅介護計画（ケアプラン）に基づく個別援助計画により、下記のサービスの提供、その他必要な介護を行います。

（１）【送　　迎】

迎え：午前 8 時 00 分から　　送り:午後 4 時 00 分から（センター出発）

※通常の送迎時間以外のご利用はご家族の送迎でお願いいたします。

※送迎を必要とする契約者には、リフト付きバス等で送迎いたします。

また、寝たきり等の方にはベッドまで迎えにあがり、乗降の介助をいたします。

＊送迎距離の都合で迎え時、センターの出発時間を早めることがあります。

（２）【食　　事】

12 時頃から午後 1 時頃まで。契約者の身体の状況などを考慮した食事を提供致します。

（３）【入　　浴】

午前 9 時 30 分頃から 12 時頃まで。入浴または清拭等を行います。寝たきりの方も入浴できます。

（４）【排　　泄】

契約者の身体状況にあわせて排泄の介助を行います。

（５）【機　能　訓　練】

機能訓練指導員（看護職員兼務）及び他職員協同により、ご契約者の心身等の状況に応じて個別機能訓練計画書を策定し、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

（６）【口　腔　ケ　ア】

看護職員他がご契約者の口腔機能を把握し、嚥下・食事摂取・口腔清潔に関する課題を解決するための口腔機能改善管理指導計画書を策定して、口腔ケア他を実施します。

（７）【生　活　相　談】

随時行います。ご契約者の日常生活上の相談に応じます。

（８）【そ　の　他】

必要に応じて栄養改善サービスを実施します。

５．利用料金（契約書第 3 条関係）

（１）通所介護

（１―１）　通所介護サービス利用料　＜日額＞

要介護度	1 回あたりの基本料金	介護保険適用時の 1 割負担額
要介護 1	6，550 円	655 円
要介護 2	7，730 円	773 円
要介護 3	8，960 円	896 円
要介護 4	10，180 円	1，018 円
要介護 5	11，420 円	1，142 円
3%加算	(基本料金)×3.0%	左記金額の 1 割

＊感染症や災害の影響により、前年度の 1 ヶ月当たりの平均利用延人員数から 5%以上減少した月のみ、基本料金に 3%加算します（一定期間のみ）。

（１－２）　その他の加算分等（通所介護サービス）

加算サービス等の種類	加算金額	介護保険適用時１割負担額
入浴加算Ⅰ	１日　400 円	１日　40 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	１日　180 円	１日　18 円
生活機能向上連携加算Ⅱ１	月額　2，000 円	月額　200 円
科学的介護推進体制加算	月額　400 円	月額　40 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	月額（介護保険対象費用総額)×5.9%	月額　左記金額の１割
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	月額（介護保険対象費用総額)×1.2%	月額　左記金額の１割
介護職員等ベースアップ等支援加算	月額（介護保険対象費用総額)×1.1%	月額　左記金額の１割
食事の提供に要する費用	１食　650 円	介護保険適用なし
紙オムツ・紙パンツ・連絡帳代 マスク・パット・歯ブラシ代 物品代（レクで使用する）	１枚・冊　100 円 １枚・本　50 円 月額　100 円	介護保険適用なし

＊家族が送迎を行う等、デイサービスが送迎をしない場合は、片道 47 円を差し引きます。

＊所得が一定以上ある方は、介護保険適用時の負担割合が２割又は３割になります。

（２）第１号通所事業（通所型サービス）

（２－１）　通所介護相当サービス（現行相当サービス）利用料　＜月額＞

要介護度など	１ヶ月あたりの基本料金	介護保険適用時の１割負担額
要支援１、事業対象者	16，720 円	1，672 円
要支援２、事業対象者	34，280 円	3，428 円

（２－２）　通所型サービスＡ（基準を緩和したサービス）利用料　＜月額＞

要介護度など	１ヶ月あたりの基本料金	介護保険適用時の１割負担額
要支援１、事業対象者（週１回利用）	13，380 円	1，338 円
要支援２、事業対象者（週１回利用）	13，710 円	1，371 円
要支援２、事業対象者（週２回利用）	27，420 円	2，742 円

（２－３）　その他の加算分（通所型サービス）

加算サービス等の種類	加算金額	介護保険適用時の１割負担額
運動器機能向上加算	月額　2，250 円	225 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ （通所型サービスＡを含む）	月額　720 円 1440 円	72 円（支援 1） 144 円（支援 2）
科学的介護推進体制加算	月額　400 円	40 円
事業所評価加算	月額　1，200 円	120 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	月額（介護保険対象費用総額)×5.9%	月額　左記金額の１割
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	月額（介護保険対象費用総額)×1.2%	月額　左記金額の１割
介護職員等ベースアップ等支援加算	月額（介護保険対象費用総額)×1.1%	月額　左記金額の１割
その他の費用（介護保険適用なし）は＜通所介護＞に同じ		

＊通所型サービスＡ（支援２･週１回利用）の方はサービス提供体制強化加算Ⅱが 72 円になります。

＊所得が一定以上ある方は、介護保険適用時の負担割合が２割又は３割になります。

＊食事費とは、食材費及び食事を提供するために係る人件費、調理等に係る料金です。管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

＊経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合は事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

（３）事業に定める通常の事業実施区域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用。

① 通常の事業の実施地域を越えた地点から 1km につき 60 円。

② 運行に伴う費用（有料道路使用料等）。

（４）サービスの中止及び健康上の理由による中止（契約書第 5 条関係）

① 契約者のご都合でサービスを中止する場合、利用当日の午前 8 時 00 分までに必ずご連絡ください。

② 当日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合は、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対処します。

③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上適切に対処します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

④ 前項②③の場合でも事業所は、所定のサービス利用料金及び当日の食事の提供に要する費用を請求できるものとします。

（５）利用料金のお支払い方法

1 ヶ月毎の請求とし、前月分の請求を利用明細書と共に毎月 10 日までに送付いたしますので、月末までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

ア．金融機関からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：北國銀行、白山農業協同組合本支店、ゆうちょ銀行

イ．指定口座への振込

北國銀行	鶴来支店	普通預金口座	003585
白山農業協同組合	手取支店	普通預金口座	2999004
ゆうちょ銀行	00720−3−100980		

６．事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町、利用者ご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

７．緊急時における対応について

ご利用者がサービスを実施中に、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、或いは救急医療機関に連絡する等の措置を講ずるとともに管理者に報告します。

※緊急時の連絡がとれるよう、連絡先の変更があった場合は、速やかにお知らせ下さい。

８．守秘義務について

（１）事業者及び従事者は、サービスを提供する上で知り得た契約者またはその家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。

（２）事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関に契約者に関する心身などの状況を提供できるものとします。

（３）前 2 項に関わらず、契約者に係わる他の居宅介護支援事業者との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者またはその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

９．苦情の受付について

（１）当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口　　担当者　　北　秀子　（生活相談員）

受付時間　月曜日から土曜日（午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで）

電話番号　　076－255－5783

（２）行政機関その他の苦情受付機関

白山市健康福祉部長寿介護課 白山市倉光 2 丁目 1 番地	電話番号：076-276-1111 ＦＡＸ　：076-275-2211
石川県運営適正委員会 金沢市本多町 3 丁目 1 番 10 号	電話番号：076-234-2556 ＦＡＸ　：076-234-2558
石川県国民健康保険団体連合会 高齢者介護サービス苦情１１０	電話番号：076-231-1110 ＦＡＸ　：076-261-5148
石川県健康福祉部長寿社会課 金沢市鞍月 1 丁目 1 番地	電話番号：076-225-1416 ＦＡＸ　：076-225-1418

１０．〔第三者評価の実施状況〕　　なし。

１１．ハラスメントについて

利用者・家族等における信頼関係により、安全安心な環境での支援が成り立っております。

職員へのハラスメント等により、必要な支援の継続が出来ない場合は、予告期間を定めた上で改善に努めていただきます。それでも改善に至らない場合は、事業所からの申し出により利用停止（契約解除）となります。

１２．虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のために、次の措置を講ずるものとします。

（１）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施。

（２）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備。

（３）その他虐待防止のために必要な措置。

事業所は、サービス提供中に、通所サービス従業者又は養護者（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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町に通報するものとします。

１３．その他　　契約者またはその家族からの金銭もしくは高価な物品の授受は致しません。

令和　　年　　月　　日

指定通所介護・指定第一号通所事業サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、交付しました。

大門園デイサービスセンター

説明者職名　　生活相談員　　氏名

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明、交付を受け、指定通所介護・指定第一号通所事業サービスの提供開始に同意し、必要時における担当の介護支援専門員、他関係機関への介護内容や援助内容の情報提供を承諾しました。

＜契　約　者（利　用　者）＞

住　　所

電話番号

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜上　記　代　理　人＞

住　　所

電話番号

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（契約者との関係：　　）

個人情報の保護に係る同意書

大門園デイサービスセンターでは業務上知り得たご利用者及びそのご家族の個人情報を保護するため、「社会福祉法人　手取会　個人情報管理規程」に基づき情報の管理を行っているところでありますが、サービスの円滑な提供を図るため、下記内容について各事業所など情報を提供することについて同意いただきますようお願いいたします。

記

1　サービス利用に関し、当法人（デイサービス）職員に情報提供する場合
2　必要に応じて、サービス担当者会議などに用いる場合
3　必要に応じて、他のサービス提供事業者に提供する場合
4　治療や相談の為、医療機関などに提供する場合
5　その他、正当な理由がある場合

また、ご利用者がデイサービスセンターでの活動状況を広報誌やホームページ、園内の掲示板などに写真を掲載してもよろしいかどうかについて、各項目にご記入下さい。
（掲載してもよい場合は ○ 、掲載してほしくない場合は × をご記入下さい）

	園内掲示物	地域掲示物 デイサービス広報誌	大門園広報誌 （文化祭など）	ホームページ
写　真				

ご利用者、ご家族におかれましても、デイサービスで知り得た情報が漏洩しないようご協力お願いいたします。
上記の内容について同意しました。

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　　手取会
理事長　　橋本　宏樹　様

契約者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

契約者の家族　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿