

介護予防・日常生活支援総合事業重要事項説明書

〈 令和 5年 2月 1日 現在 〉

1 通所介護事業者(法人)の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 豊 生 会
代表者名	理事長 石 村 照 明
所在地・連絡先	(住 所) 熊本県宇城市豊野町糸石 2 5 1 3 番地 (電 話) 0 9 6 4 - 4 5 - 3 7 5 5 (F A X) 0 9 6 4 - 4 5 - 2 9 3 9

2 事業の概要

(1) 事業者名称及び事業所番号等

事業所名	デイサービスセンター水晶苑
所在地・連絡先	(住 所) 熊本県宇城市豊野町糸石 2 5 1 3 番地 (電 話) 0 9 6 4 - 4 5 - 3 7 5 5 (F A X) 0 9 6 4 - 4 5 - 2 9 3 9
事業所番号	熊本県指定第 4371300122 号
開設年月日	平成 17年 4月 6日
管理者の氏名	施設長 石 村 光 宏
利用定員	40名

(2) 事業所の職員体制

職員の職種	人 数 (人)	区 分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤 (人)	
施設長(管理者)	1	1		運営管理(兼務)
生活相談員	2	2		日常生活の相談に、適宜支援する
介護職員	10	9	1	日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言を行う
看護職員	2(兼務)	2		健康管理や療養上の世話、また日常上の介護・介助も行う
機能訓練指導員	3(兼務)	3		機能訓練を行う
管理栄養士	1	1		一人ひとりの健康栄養状態に個別対応する
事務員	2	2		利用者全体の諸手続きを行う

(3) 職員の勤務体制

職員の職種	勤務体制	
施設長（管理者）	正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 兼務	
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 常勤で勤務	1名
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤（8：30～17：30）	6名
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤（8：30～17：30）	2(兼務)名
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 常勤で勤務	2(兼務)名
管理栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 常勤で勤務	1名
事務員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 常勤で勤務	2名

(4) 事業の実施地域

実施地域	宇城市、下益城郡地域、上益城郡地域、宇土市、熊本市
------	---------------------------

※上記地域以外でも、ご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	月曜日 ～ 土曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時

営業をしない日	日曜日
---------	-----

3 サービスの内容と利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額を利用者にご負担いただく場合

があります。

(1) 当事業所が提供する基準介護サービス(契約書第4条参照)

以下のサービスについては、食費を除き通常9割が介護保険から給付されま
す。

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 昼食 12:00～13:00 おやつ 15:00～15:30 管理栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ※食事サービスのご利用は任意です。
入 浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位が取れない方は、機械を用いての入浴も可能です。 ※入浴サービスのご利用は任意です。
排 泄	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	機能訓練指導員によりご利用者の状況に配慮した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 <当事業所の保有するリハビリ器具> 歩行器 5台 歩行訓練器 1台 車椅子 20台 上下肢運動器 1台 可動車椅子 3台
生 活 指 導	ご利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを行います。
健康チェック	血圧測定等ご利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	ご利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から事業所までの送迎を行います。 ※送迎サービスのご利用は任意です。

イ サービス利用料金(1日あたり)

下記の料金表によって、利用者の介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)と食事にかかる標準自己負担額の合計金額をお支払いください。(サービスの利用料金は、利用者の介護度に応じて異なります。)

(1) 介護保険の基準サービス (1割負担)

利用料金表① 基本料金

運動型通所サービス A 1 回数 利用費	384 単位/回
運動型通所サービス A 2 回数 利用費	395 単位/回
運動型通所サービス A 1 利用費	1672 単位/月 (月 4 回を超える場合)
運動型通所サービス A 2 利用費	3428 単位/月 (月 8 回を超える場合)

利用料金表② 加算

介護職員処遇改善加算Ⅱ	算定した単位数の 1000 分の 43 に相当する単位数
介護職員特定処遇改善加算Ⅱ	算定した単位数の 1000 分の 10 に相当する単位数
通所型独自サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) 1 (要支援 1)	24 単位/月
通所型独自サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) 2 (要支援 2)	48 単位/月
介護職員等ベースアップ等支援加算 (要支援 1)	算定した単位数の 1000 分の 11 に相当する単位数
介護職員等ベースアップ等支援加算 (要支援 2)	算定した単位数の 1000 分の 11 に相当する単位数

(2) 介護保険の基準外サービス

利用料金表⑤ 食費

食材料費	昼食—500円、おやつ—50円 計550円
------	-----------------------

- ☆ ご利用者がまだ要介護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。要介護認定を受けた後、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)。償還払いとなる場合、ご利用者が介護保険給付の申請手続きを行うため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。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご利用者の負担額を変更します。

(3) その他の介護保険の基準外サービス

- ①特別な食事（献立以外にご利用者が希望した食事）

- ②理美容代 カット+洗髪 1000円（利用は月2回）
美容については、美容師免許を保有されているため別途
ご相談ください。
- ③おむつ代 尿取パッド 20円 紙パンツ 150円

- ④レクリエーション・クラブ活動等に使用した材料費等
 - ・ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

- ⑤日常生活上必要となる諸費用
 - ・日常生活用品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者にご負担していただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

- ⑥交通費
 - ・通常の事業の実施地域を越えた地点から1キロメートルにつき20円をご負担いただきます。

- ⑦その他
 - ・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、ご利用者の負担額を変更します。
また、経済状況の著しい変化やその他やむをえ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、事前に、変更内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(4) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、デイサービスの利用の中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。
 - ② 利用予定の前日までに申し出がない場合、取り消し料金として下記の料金をお支払いいただくことがあります。
- ※ただし、ご利用者の病状など、緊急やむを得ない事情がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	・当日の利用料金の1割（自己負担相当額） ・食費

- * サービス利用の変更・追加の申し出に対して、他のデイサービス利用者の状況により、ご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能な日時をご利用者に提示して協議します。
- * ご利用者が、サービスを利用している期間中でも利用を中止できます。その場合は、すでに実施されたサービスにかかる利用料金はお支払いいただきます。

4 利用料金等のお支払い方法

前記(1)～(4)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算・請求しますので請求月の末日までには、以下のいずれかの方法でお支払いください。

ただし、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

ア	金融機関口座からの引き落とし ご利用できる金融機関：銀行、郵便局、農協
イ	指定口座への振込み：銀行、郵便局、農協
ウ	窓口での現金払い（平日午前中にお願ひします。）

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

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に、必要な日常生活上の援助および機能訓練を行うことにより、ご利用者の社会的な孤立感および心身機能の維持並びにご利用者家族の身体的および精神的負担の軽減を図る。

(2) 運営方針

- ① 本事業所において提供する通所介護サービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示等の趣旨および内容に沿ったものとします。
- ② 本事業所の職員は、要支援、要介護者等のご利用者の人格を尊重し心身の特性を踏まえ、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に、入浴、排泄、食事の介助等日常生活上必要な介護および機能訓練を行う。
- ③ 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。
- ④ サービス提供に当たっては、ご利用者本人並びに他の利用者の身体・生命および財産の保護のため緊急やむをえない場合を除き、身体拘束、行動を制限する行為を行わない。
ただし、やむを得ず身体拘束その他の行動を制限する行為を行う場合には、最小限度とし、記録を残すものとする。
- ⑤ 事業の実施に当たっては、関係市町村および地域の保健・医療・福祉サービスを提供するものと総合的なサービスの提供に努めるため常時連携を図るものとする。
- ⑥ 事業所は、正当な理由なく通所介護サービスの提供を拒否しない。
- ⑦ サービス提供開始時の利用申込者およびその家族に対しては、運営規定など重要事項を文書で交付し、説明し書面で同意を得る。
- ⑧ 本事業所は、自らその提供する通所介護サービスの質の評価を行い常にその改善を行う。
- ⑨ 本事業所の職員は、介護・看護に関する技術、知識向上のため事業所内外の研修等に積極的に取り組むものとします。

(3) 福祉サービス第三者評価の受審の有無…なし

(4) その他

事 項	内 容
通所介護計画の作成および事後評価	<p>当事業所のスタッフがご利用者の直面している課題等を評価し、ご利用者の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。</p> <p>また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してご利用者に説明の上交付します。</p>
職 員 研 修	<p>毎月の事業所内研修とともに、県老協等の主催する諸研修に積極的に派遣する。</p>

6 サービス内容に関する苦情等の相談窓口

(1) 当施設

ご利用者相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・ 窓口責任者： 生活相談員 岩永 浩輝 ・ ご利用時間： 月曜日～日曜日(8:30～17:30) ・ 苦情解決責任者 管理者 石村 光宏 ・ ご利用方法 電話 (0964-45-3755) 面接 (当事業所相談室) 苦情箱 (玄関に設置)
事業所に相談し難しい時は直接第三者委員に相談できます。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第三者委員 浦上 城治 電話 (0964-45-2222) 戸内 三善 電話 (090-5289-3939)

(2) 行政機関、その他苦情受付機関

宇城市役所高齢介護課	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地・・・熊本県宇城市松橋町大野 8 5 ・ 電話・・・0964-32-1111 F A X・・・0964-32-0110 ・ 受付時間・月曜日～金曜日 (8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5) ※その他、住所地の市役所等の介護保険担当窓口
国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地・・・熊本市健軍 1 丁目 1 8 - 7 (国保連合会分館) ・ 電話・・・096-214-1101 FAX・・・096-214-1105 ・ 受付時間・月曜日～金曜日 (8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0)
熊本県福祉サービス運営適正化委員会(熊本県社会福祉協議会内)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 熊本市南千反畑町 3 - 7 (総合福祉センター内) ・ 電話・・・096-324-5471 FAX096-355-5440 ・ 受付時間・月曜日～金曜日 (8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0)

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途消防計画にのっとり対応を行います			
避難訓練及び 防災設備	別途定める「消防計画にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	屋内消火栓	3個所
	自動火災報知機	あり	非常誘導口	11個所
	誘導灯	16個所	ガス漏れ感知器	あり
	消火器	5本		
	カーテン、布団などは防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画など	宇城広域消防本部への届出日：令和2年3月1日 防火管理者：事務長 小正 健一			

8 緊急時等における対応方法

- ① ご利用者に病状の急変などがあった場合は、速やかにご利用者の主治医、当事業所の嘱託医、協力医療機関、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。
- ② ご利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠意を持って対応し、損害賠償を行うものとします。ただし、当事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

主治医	病院名及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急連絡先（家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住所	
	電話番号	

9 協力医療機関等

医療機関の名称	診療科	所在地	電話番号
宇城総合病院	内科、呼吸器科、循環器科、外科、小児科、泌尿器科ほか	宇城市松橋町久具 691	0964-32-3111
谷田病院	内科、呼吸器科、循環器科、外科、小児科、泌尿器科ほか	下益城郡美里町中小路 8 3 5	0964-46-3000
吉永歯科医院	訪問歯科	宇城市松橋町浦川内 824-8	0964-32-1098

当重要事項の説明を行ったことを証するため、本書を2通作成し、ご利用者、事業者が署名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

社会福祉法人 豊生会
特別養護老人ホーム 水晶苑
理事長 石村 照明

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定通所介護事業所 デイサービスセンター 水晶苑
説明者職名 デイサービス相談員

氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

また、「水晶苑」利用期間中、サービス計画の作成・実施等において、私及び私の家族の個人情報を用い、職員間で共有することに同意します。

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ 印