通所介護　重要事項説明書

１．事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な通所介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、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。

２．事業者の内容

⑴　提供できるサービス区域

事業所名　　彌栄苑デイサービスセンター
指定番号　　４０７８４０００８４
所在地　　福岡県八女郡広川町大字新代１４３２－１
施設長氏名　　香田由紀子
電話番号　　０９４３－３２－５６３０
ＦＡＸ番号　　０９４３－３２－５８７３

⑵　事業所の従業者体制

	職務の内容	常勤		合計
施設長	業務の一元的な管理	１名		１名
生活相談員	生活相談及び指導	２名	１名（兼務）	２名
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	２名（兼務）		２名
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	２名（兼務）		２名
		１名（非常勤）		１名
介護職員	介護業務	２名	１名（兼務）	２名

⑶　設備の概要

食堂　　１室

利用者の全員が使用できる充分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

機能訓練室　　１室

利用者が使用できる充分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

その他の設備

設備としてその他に、静養室・相談室・事務室等を設けます。

⑷　定員及び営業時間帯

①　定員　　２０名

②　営業時間帯　　月～土曜日　（休日は、日曜日と1月1日）

９時００分～１８時００分

ただし利用者の希望があり、それに対応可能な場合にはこの限りではありません。

③　サービス提供時間　９時４０分～１７時４５分

３．サービスの内容

⑴　送迎

①　送迎車により、事業所と自宅との間を行います。

②　サービス提供　実施区域　久留米市（北野町・城島町・田主丸町は除く）・八女市（上陽町・黒木町・矢部村・星野村は除く）・八女郡広川町・筑後市・

⑵　食事

利用者に合った食事を提供します。

⑶　入浴

見守りや直接介助により、入浴を提供します。

⑷　機能訓練

機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

⑸　生活相談

事業者の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

⑹　レクリエーション

①　併設施設において実施される行事等に参加することができます。

②　行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

⑺　排泄

随時、排泄介助をいたします。（オムツ利用の方はオムツを持参下さい）

４．利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

介護報酬告示額

⑴　基本料金　**（単位表別紙参照）**

⑵　加算料金等

入浴加算	１日につき	４０単位
サービス体制強化加算	１日につき	２２単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）	１日につき	５６単位
個別機能訓練加算（Ⅱ）	１か月	２０単位
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）イ	所定単位数に１１．２％を乗じた単位	
科学的介護推進体制加算		４０単位

※その他の費用

（1）理美容　　毎月最終火曜日

カット　￥１，５００円　　顔剃り　￥５００円　　丸刈り￥８００円

（2）昼食　￥６５０円　　夕食　￥５００円

（3）時間外サービス（自費）　　￥５００円（1回）

（4）複写物　　￥１０円（１枚）

※介護保険の法改正及び物価の変動により利用料金等の額が変更される場合があります。

※利用料金のお支払い方法

料金・費用は一ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月中までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（一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。）

下記指定口座への振込み

① 福岡銀行　広川支店　普通預金　１２７９５３７

口座名義　社会福祉法人　多聞福祉会

彌栄苑デイサービスセンター

施設長　香田由紀子

② 特別養護老人ホーム彌栄苑　事務所受付にて現金お支払い

受付時間　9:00～18:00

５．サービス利用に当たっての留意事項

①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。

②利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。

③事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。

④従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

⑤お弁当の持込はご希望により応じておりますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面、及びこれに関わる事故（食中毒等）につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

６．非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年３回利用者及び従業者等の訓練を行います。

７．緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

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、関係医療機関等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るべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

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を行わないことを約束します。

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の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12．苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室　窓口担当者：　酒村　智子

ご利用時間：月～土曜日　９時００分～１８時００分

ご利用方法　　電話　０９４３－３２－５６３０

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

福岡県介護保険広域連合柳川・大木・広川支部

所在地：福岡県柳川市三橋町正行４３１　　TEL：0944-75-6301

受付時間：9時～17時00分（土日、祝日を除く）　　FAX：0944-75-6340

久留米市役所　健康福祉部介護保険課

所在地：福岡県久留米市城南町１５－３　　TEL：0942-30-9205

受付時間：9時～17時00分（土日、祝日を除く）　　FAX：0942-36-6845

八女市役所　健康福祉部介護長寿課

所在地：福岡県八女市大字本町６４７　　TEL：0943-23-1353

受付時間：9時～17時00分（土日、祝日を除く）　　FAX：0943-30-1505

筑後市　市民生活部高齢者支援課

所在地：福岡県筑後市山ノ井８９８　　TEL：0942-53-4115

受付時間：9時～17時00分（土日、祝日を除く）　　FAX：0942-53-4119

国民健康保険団体連合会

所在地：福岡県博多区吉塚本町１３－４７　　TEL：092-642-7859

受付時間：9時～17時00分（土日、祝日を除く）　　FAX：092-642-7856

福岡県社会福祉協議会

所在地：福岡県春日市原町３－１－７グローバープラザ６階　　TEL：092-584-3401

受付時間：9時～17時00分（土日、祝日を除く）　　FAX：092-584-3402

※　苦情処理第三者委員

氏名　早野　陽一

氏名　田中　仙一

※公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

13. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関に協力を頂き、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関

名称 吉山内科・整形外科　住所 広川町大字新代１４３２－１４

緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

14. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

指定通所介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。　令和　　年　　月　　日

＜事業者＞

所在地　　福岡県八女郡広川町大字新代１４３２－１

事業所名　　彌栄苑デイサービスセンター（指定番号４０７８４０００８４）

施設長名　　香田由紀子　　印

説明者　　印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。　令和　　年　　月　　日

＜利用者＞

住所

氏名　　印

＜利用者代理人（選任した場合）＞

住所

氏名　　印（続柄　　）