社会福祉法人杏福会 デイサービスセンター真福の郷 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。 (岡崎市 第 2372102422 号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービス (以下「通所介護サービス」という。)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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と 認定された方が対象となります。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。

1 事業者

(1) 法人名 社会福祉法人杏福会

(2) 法人所在地 愛知県岡崎市真福寺町字神田 100 番地 1

(3) 電話番号 0564-66-2212

(4) 代表者氏名 理事長 小出 義信

(5) 設立年月 平成 16 年 7 月 5 日

2 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所 平成18年4月1日指定(愛知県 2372102422号) ※当事業所は特別養護老人ホーム真福の郷に併設されております。

(2) 事業所の目的

- ①利用者が生活全体を再び活性化し、身体的・精神的・社会的孤独感を 通所介護計画及び介護予防通所介護計画書(以下「通所介護計画書」とい う)に基づく個別のサービスにより改善していく事を目的に、レクリエー ション、アクティビティサービスを行わせて頂きます。
- ②介護者(ご家族)の身体的・精神的な負担の軽減を図り、ご家族の方との連携を大切にし、介護の知識や技術の提供により、快適な在宅生活が送れるように援助させて頂きます。

(3) 事業所の名称 デイサービスセンター真福の郷

(4) 事業所の所在地 愛知県岡崎市真福寺町字神田 100 番地 1

(5) 電話番号 TEL: 0564-66-2135/FAX: 0564-66-2170

(6) 事業所長(管理者)氏名 大川 公夫

(7) 当事業所の運営方針

広く明るい空間の中で、1人1人個々に合わせた援助を基本とし、より楽しく、より活気に満ち、居心地の良い空間づくりに努めます。

(8) 開設年月 平成 18 年 4 月 1 日

(9) 利用定員 25 人

3 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 岡崎市

(2) 営業日及び営業時間

営業日及び受付時間	月~土 8:30~17:30		
サービス提供時間	9:20~16:30 (介護)		
	10:15~15:30 (介護・予防)		

4 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護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		職員数	指定基準	
1	管理者	1名	1名	
2	介護職員	3 名以上	3名	
3	生活相談員	1名以上	1名	
4	看護職員	1名以上	1名	
5	機能訓練指導員	1名以上	1名	

- ・職員の配置については指定基準を遵守しています。
- 介護職員と生活相談員、看護職員と機能訓練指導員は兼務

〈主な職種の勤務体制〉

職種 勤務体制		勤務体制
1	介護職員	勤務時間 8:30~17:30 原則として1名以上の介護職員が勤務します。
2	看護職員	勤務時間 9:30~16:30 原則として1名の看護職員が勤務します。

5 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約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) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照) 〈サービスの概要〉

① 食事 食材料費は別途いただきます。

当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間) 12:00~13:00

② 入浴

入浴又は清拭を行います。身体状況に応じた機械浴槽等を使用して入浴することができます。

③ 排泄

利用者様の身体状況に応じて適切な排泄介助を行います。

④ 機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎サービス

ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。送迎時間につきましては予定時間です。事情により変更する場合がありますのでご了承ください。

〈サービス利用料金〉(契約書第6条参照)

別紙の料金表によって、ご契約者の要介護・要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。

- ・ご契約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。要支援または要介護の認定を受けた後、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、居宅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。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書5条、第6条対照) 食事代などは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

・経済状況の著しい変化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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、 変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

前記(1)・(2)の料金・費用は引き落としとさせて頂きます。

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第7条参照)

- ・利用予定日の前に、ご契約者の都合によりサービスの利用を中止又は変更、 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。この場合には サービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。
- ・利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出 をされた場合、取消料としての料金をお支払いいただく場合があります。 ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、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10% (自己負担相当額)

・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

•苦情受付窓口(担当者) 生活相談員 加藤 由子

・受付時間 毎週月曜日~土曜日8:30~17:30

TEL 0564-66-2135 FAX 0564-66-2170

また苦情受付ボックスを主玄関に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

国民健康保険団体 連合会(国保連)	愛知県国民健康保険団体連合会 名古屋市東区泉1丁目6番5号 電話番号:052-971-4165 FAX:052-962-8870
保険者相談窓口	岡崎市福祉部介護保険課 0564-23-6682 豊田市福祉保健部高齢福祉課 0565-34-6984 その他各市町村介護保険相談窓口

7 身体的拘束等の廃止について

ご契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ないません。

8 提供するサービスの第三者評価について

当事業所では実施しておりません。

9 サービス利用に当たっての留意事項

(1) ご来所の際

- ①ご契約者又は家族代表は、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ご契約者は、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。

(2) 禁止行為

以下の行為につきましては、ご遠慮ください。

- ①決められた場所以外での喫煙・飲酒・飲食等
- ②従業者又は他のご契約者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと
- ③事業所内での金銭及び食物等のやりとり
- ④従業者に対する贈物や飲食のもてなし
- ⑤従業者及び他の契約者に対する身体的・精神的暴力
- ⑥その他決められた以外の物の持ち込み

10 緊急時の対応

サービス提供時にご契約者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

11 非常災害対策

事業所は、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消防計画を作成 し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

12 事故発生時の対応

指定通所介護の提供により事故が発生した場合には、代理人、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。

13 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

ご契約者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、ご契約者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

ご契約者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

指定通所介護サー	・ビス及び指定介護予	防通所介護サー	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。		

デイサービスセンター真福の郷 説明者職名 (生活相談員) 氏名()	
私は本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受 及び指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意し		所介護サー	ビス
	年	月	日
契約者住所			
氏 名		印	
家族代表住所			
氏 名		印	
利用者と <i>0</i>	の関係()	