

通所介護事業・介護予防通所サービス・広域型通所サービス事業 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して通所介護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通り説明します。

目次

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料	3
6. 利用の中止、変更、追加	3
7. 苦情の受付について	4
8. 行政機関その他苦情受付機関	4
9. 事故発生した場合の対応	4
10. その他	4

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 美竹会
(2) 法人所在地 愛知県豊川市金沢町稻場 7 番地
(3) 電話番号 0533-93-1712
(4) 代表者氏名 理事長 竹生吉信
(5) 設立年月 平成9年6月20日

2. 事業者の概要

- (1) 事業所の種類
- ・ 指定通所介護事業所・平成16年3月31日指定
 - ・ 指定介護予防通所介護事業所・平成18年4月1日指定
2376500423号
 - ・ 総合事業（第1号通所事業）広域型通所サービス
平成29年4月1日 豊川市指定
平成29年5月1日 豊橋市指定
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、ご契約者に通所サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターみその
- (4) 事業所の所在地 愛知県豊川市金沢町稻場 7 番地
- (5) 電話番号 0533-93-1785
- (6) 管理者 中村有美子
- (7) 当事業所の運営方針
1. 個別対応性を高めたサービスにより利用者様本位の時間を演出します。
 2. 創作的な活動を積極的に取り入れ彩りある時間を実現します。
 3. 季節感を大切にした手作りメニューを対面形式で提供し食の楽しみに配慮します。
- (8) 開設年月 平成16年4月1日
- (9) 利用定員 33人 通所介護・介護予防通所サービス、4人 総合事業（第1号通所事業）広域型通所サービス

3. 事業の実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 豊川市、豊橋市、新城市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日 (ただし12月30日から1月3日を除く)
受付時間	月曜日から土曜日 8時30分から17時30分
サービス提供時間	月曜日から土曜日 9時20分から16時30分

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。(通所介護・介護予防通所介護・第1号通所事業従事者の計)

〈主な職員の配置状況〉

職種	人員配置	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 介護職員	9名以上 (常勤専従、常勤兼務、非常勤)	5名
3. 生活相談員	2名以上 (常勤兼務)	1名
4. 看護職員	3名以上 (機能訓練指導員兼務)	1名
5. 機能訓練指導員	3名以上 (看護職員兼務)	1名
6. 調理員	1名	0名

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。

〈サービスの概要〉

入浴

入浴の介助をします。身体状況により機械浴槽を使用することもできます。

排泄

排せつの介助をします。おむつ代、尿取りパット代は実費となります。

機能訓練

看護職員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

送迎

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。

食事の提供

ご契約者への食事の提供です。

昼食及びおやつ代として680円です。

レクリエーション

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。

材料代など実費をいただく場合もあります。

〈サービス利用料金〉 (単位数で表示) 令和6年6月1日改正

利用者の要介護度	要支援1(月)	要支援2(月)	要介護1(日)	要介護2(日)	要介護3(日)	要介護4(日)	要介護5(日)
サービス利用料金	1,798	3,621	658	777	900	1,023	1,148
サービス提供体制加算Ⅱ	72	144	18	18	18	18	18
*入浴介助加算(Ⅰ)			40	40	40	40	40
*個別機能訓練加算(Ⅰ1)			56	56	56	56	56
単位数合計	1,870	3,765	676	795	918	1,041	1,166
※を両方利用される場合			772	891	1,014	1,137	1,262

広域型通所サービス(1月あたり)

事業対象者・要支援1 1,798単位

事業対象者・要支援2 3,621単位

※サービス利用料金は、下記単位に10.14円を乗じ利用者負担の割合(1割、2割もしくは3割)に応じた金額となります。

※ 上記のほかに介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は、9.2%をサービス利用単位数合計に乗じた額を算定します。

〈介護保険の給付対象とならないサービス〉

食事に係る自己負担額 昼食680円(お茶菓子代込み)

その他自己負担額(利用に応じ) オムツ代

リハビリパンツ代 80円

パット代 50円

・利用料金のお支払い方法

サービス利用料金は、1ヶ月ごとに計算してサービス利用翌月に指定の口座より自動引き落としによりお支払いいただきます。

6. 利用の中止、変更、追加など

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、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但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	無料

サービス利用の変更・追加の申し出に対しは、担当介護支援専門員とご相談下さい

7. 苦情申立窓口

ご利用相談窓口	窓口担当者	竹生和史
	ご利用時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時
	ご利用方法	(電話) 0533-93-1712 (FAX) 0533-93-7437 (E-mail) info@misono.or.jp

8. 行政機関その他苦情受付機関

愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険室	所在地 名古屋市東区泉一丁目6番5号 電話番号 052-971-4165 FAX 052-962-8870 受付時間 午前9時から午後5時
愛知県社会福祉協議会運営適正化委員会	所在地 名古屋市東区白壁1丁目50番地 電話番号 052-212-5515 FAX 052-212-5514 受付時間 午前9時から午後5時
東三河広域連合	豊橋市八町通二丁目16番地豊橋職員会館5階介護保険課 電話番号 0532-26-8471 FAX 0532-32-8475 受付時間 午前9時から午後5時

9. 事故発生した場合の対応

デイサービスセンターみそののサービス提供時に、ご契約者に事故が発生した場合には、直ちに、ご家族様、東三河広域連合及び関係市町村に連絡するとともに、必要な処置を講じます。なお、下記保険に加入しています。

損害賠償責任保険	保険名	介護総合賠償責任保険
	補償の概要	対人対物その他 1名1事故 上限50,000千円等

10. 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

2 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

3 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11. 虐待の防止について

ご契約者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- ② 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者がご契約者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ④ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ⑤ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑥ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご契約者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

1 2. 身体的拘束について

事業所は、原則としてご契約者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、ご契約者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

1 3. その他

提供するサービスの第三者評価（外部）についての実施状況
当事業所は外部機関による、サービスの第三者評価は受けておりません。

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて乙の職員から上記サービス内容及び重要事項の説明を受けたことを確認します。

契約者 住 所

氏 名 印

署名代行者 住 所

氏 名 印

(代筆の理由)

契約者の家族代表 住 所

氏 名 印

説明者 職 名

氏 名 印