

通所介護重要事項説明書

<2016年 4月 1日 現在 >

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0957-87-5265 (8:00~17:30)

担当 生活相談員

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. デイサービスセンター緑ヶ丘荘の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	デイサービスセンター緑ヶ丘荘		
所在地	長崎県南島原市加津佐町丙1935番地10		
介護保険指定番号	認知症対応型通所介護	(4271400220号)	
サービスを提供する対象地域 *	南島原市		

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当センターの職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者 兼 生活相談員	介護支援専門員 介護福祉士	1名		1名
生活相談員 兼 介護職員	介護福祉士	1名		1名
看護職員 兼 機能訓練指導員	准看護師	1名		2名
看護職員兼機能訓練 指導員兼介護職員	看護師	1名		
介護職員	介護福祉士	1名	1名	2名
	1~2級修了者			
	その他			
調理職員	調理師		2名	2名

(3) 当センターの設備の概要

定員	12名	調理室	1室
食堂兼機能訓練室	1室 41.75m ²	相談室	1室
浴室	一般浴槽とリフト浴が あります。	静養室	1室
		送迎車	3台

(4) 営業時間

月～土	午前8時～午後5時30分
日	定休日

* 緊急連絡電話 0957-87-4314

(5) 休業日

12月31日～1月3日

3. サービス内容

通所介護計画に沿って、次のような介護サービスを行います。

- (1) 生活指導(相談援助等)
- (2) 機能訓練(日常生活動作訓練)
- (3) 介護サービス
- (4) 健康状態の確認
- (5) 送迎
- (6) 給食サービス
- (7) 入浴サービス
- (8) その他利用者に対する便宜の提供

4. 料金

(1) 利用料金

①認知症対応型通所介護利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用料のうち各利用者負担割合に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満	7時間以上 9時間未満	9時間以上 10時間未満	10時間以上 11時間未満	11時間以上 12時間未満
要介護度1	5,640円	8,650円	9,850円	10,350円	10,850円	11,350円
要介護度2	6,200円	9,580円	10,920円	11,420円	11,920円	12,420円
要介護度3	6,780円	10,500円	11,990円	12,490円	12,990円	13,490円
要介護度4	7,350円	11,430円	13,070円	13,570円	14,070円	14,570円
要介護度5	7,920円	12,360円	14,140円	14,640円	15,140円	15,640円

	2時間以上 3時間未満
要介護度1	3,550円
要介護度2	3,910円
要介護度3	4,270円
要介護度4	4,630円
要介護度5	4,990円

- 1、認知通所介護個別機能訓練加算
 - ・ 1日あたり 270円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**27円**です。
- 2、認知通所介護口腔機能向上加算
 - ・ 1回あたり 1,500円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**150円**です。
3月以内の期間に限り、1月に2回を限度とする。
- 3、認知通所介護入浴介助費
 - ・ 介助浴(見守りも含む) 1回あたり 500円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**150円**です。
- 4、若年性認知症受入加算
 - ・ 1日あたり 600円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の

場合60円です。

② 予防認知症対応型通所介護利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用料のうち各利用者負担割合に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満	7時間以上 9時間未満	9時間以上 10時間未満	10時間以上 11時間未満	11時間以上 12時間未満
要支援1	4,930円	7,490円	8,520円	9,020円	9,520円	10,020円
要支援2	5,460円	8,360円	9,520円	10,020円	10,520円	11,020円

	2時間以上 3時間未満
要支援1	3,110円
要支援2	3,440円

- 1、予認通所介護個別機能訓練加算 1日につき 270円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**27円**です。
- 2、予認通所介護口腔機能向上加算 1月あたり 1,500円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**150円**です。
- 3、予認通所介護入浴介助費 介助浴(見守りも含む) 1回あたり 500円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**150円**です。
- 4、若年性認知症受入加算 1日あたり 600円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**60円**です。

※ 共通

- A, サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 1日あたり 180円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**18円**です。
- サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 1日あたり 120円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**12円**です。
- サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 1日あたり 60円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は1割負担の場合**6円**です。
- B, (1)介護職員処遇改善加算Ⅰ 上記①②Aにより算定した金額の1000分の68に相当する金額
ただし、介護保険適用時の自己負担額は、上記相当する金額の**10分の1または10分の2の金額**です。
- C, 昼食代(おやつ代込) 1食あたり ¥390(内おやつ代含む)
- D, その他

上記の他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。
お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、窓口支払い、銀行振込、口座自動引き落としの3通りの中からご契約の際に選べます。

※口座自動引き落としは、手続きに2~3月かかります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当センター職員がお伺いいたします。
通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当センターの都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当センターが破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払を6ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただきます。

6. 当センターのデイサービスの特徴等

(2) 事業の目的

指定認知症対応型通所介護の事業(及び指定介護予防認知症対応型通所介護)の事業(以下「介護サービス」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業に従事する職員が、要介護状態(介護予防にあっては要支援状態)にある認知症高齢者に対して適切な事業を提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

- ① 社会福祉法人白寿会が開設するデイサービスセンター緑ヶ丘荘が行う指定認知症対応型通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、その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が営むことができるよう、必要な日常生活上の世話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の軽減を図るため、要介護状態等にある認知症高齢者に対し、適正な指定認知症対応型通所介護を提供する。
- ② 本事業の実施にあたっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎 原則として、ご自宅まで送迎いたします。また、車椅子の方でもリフト車(車椅子専用車)等により送迎いたします。
- ・体調確認 送迎後の健康確認(血圧、体温、脈拍)により各サービスの提供の判断、及び健康管理を行います。
- ・喫煙 喫煙は決められた場所以外では、お断りします。
- ・設備、器具の利用 施設内の備品や器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただく場合がございます。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化や事故等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は日本興亜損保と損害賠償保険契約を結んでおります。

9. 非常災害対策

- ・防災時の対応 別途定める「緑ヶ丘荘消防計画」にのっとり対応します。
- ・防災設備 自動火災報知設備、非常警報設備、火災通報装置、誘導灯、ガス漏れ報知器、非常電源設備、消火器、室内消火栓設備
- ・防災訓練 年2回避難訓練を実施します。
- ・防火責任者 デイサービスセンター緑ヶ丘荘管理者

10. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 利用者からの相談または苦情等に対する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置

- ① 常時、事業所に担当者を窓口として待機させ、来所や電話による相談や苦情の対応にあたる。
- ② 担当者は基本的に生活相談員とし、不在の場合はその他従事者、または併設施設の事務担当者が対応し、その後生活相談員に連絡する。

当施設ご利用者相談・苦情担当

解決責任者	特別養護老人ホーム緑ヶ丘荘 施設長	
受付担当者	デイサービスセンター緑ヶ丘荘管理者	TEL 0957-87-5265

第三者委員

正木 玲子

連絡先

南島原市加津佐町己2475

TEL 0957-87-2683

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情等が確認された場合は、早急に生活相談員が対応し、管理者に報告を行う。

対応する生活相談員は、管理者の判断により、その者の対応では不適切と考えられる場合は、管理者又は他の従事者が対応する体制をとる。

対応については、利用者等の状況により、電話・訪問・来所等の方法で苦情の内容を把握し、分析を行う。

苦情の原因を明らかにした後は、適宜その要望や苦情に応じて解決方法を検討し、再度の苦情発生の予防に配慮し、利用者及び家族に説明を行う。

(3) その他相談窓口

当センター以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名 南島原市

担当 福祉課 総務高齢班 TEL 050-3381-5051

長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課

受付時間 平日の午前9時から午後5時まで(土曜、日曜、祝日、12月29日から1月3日を除く)

TEL 095-826-1599(苦情相談直通) FAX 095-826-1779

島原地域広域市町村圏組合介護保険課 TEL 0957-61-9101

12. 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 白寿会
代表者役職・氏名	理事長 原口静彦

本部所在地・電話番号 施設・拠点等	長崎県南島原市加津佐町丙1855番地2 電話:0957-87-4887
	特別養護老人ホーム 3カ所
	短期入所生活介護 3カ所
	通所介護 2カ所
	訪問介護 3カ所
	在宅介護支援センター 2カ所
	居宅介護支援事業者 3カ所
	配食サービス 1カ所
	認知症対応型共同生活介護 3カ所
	認知症対応型通所介護 2カ所
	共用型認知症対応型通所介護 1カ所
	サービス付高齢者向け住宅 1カ所

12. その他

この重要事項説明書に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを遵守し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

平成 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基ついて重要な事項を説明しました。

事業者	社会福祉法人 白寿会
<事業所名>	デイサービスセンター緑ヶ丘荘
<住所>	長崎県南島原市加津佐町丙1935番地10
<代表者名>	管理者 溝田 貴年 印

説明者	所属	
	氏名	印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けたことについてその内容に同意します。

利用者	住所	
	氏名	印

(代理人)	住所	
	氏名	印