越野荘デイサービスセンター

通所介護重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
（富山県指定　　第1670700093号）

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。
事業者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。
当事業所の利用は、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。

目　　次

１.事　業　者　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
２.事業所の概要　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
３.職員の配置状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
４.提供するサービスと利用料金　・・・・・・・・・・・・・・３
５.サービス利用に当たっての留意事項　・・・・・・・・・・・６
６.苦情の受付・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
７.身体拘束について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７
８.虐待の発生又は再発の防止の対応について・・・・・・・・７
９.カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方・・・７
１０.　緊急時の対応方法について　・・・・・・・・・・・・・７
１１.事故発生時の対応　・・・・・・・・・・・・・・・・・・８
１２.非常災害対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８
１３.個人情報の取扱いについて　・・・・・・・・・・・・・・８
１４.第三者評価の実施状況について　・・・・・・・・・・・・８

社会福祉法人　緑　寿　会

１．事　業　者

法　人　名　　社会福祉法人　緑寿会

住　　所　　富山県黒部市若栗２１１１番地（〒938-0802）

電　話（代）　0765-54-0622　　FAX 0765-54-3211

代表者名　　理 事 長　　漆　間　中　郎

設立年月日　　昭和６１年７月１４日

２．事業所の概要

（１）施設の種類　　指定通所介護事業所
平成１２年３月８日指定　　富山県第1670700093号

当事業所は指定介護老人福祉施設越野荘に併設しています。

（２）事業所の目的

指定通所介護は、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可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう共用設備等をご使用いただき、通所介護サービスを提供します。

（３）事業所の名称　　越野荘デイサービスセンター

（４）施設の所在地　　富山県黒部市若栗２１１１番地（〒938-0802）

（５）電　　話（代）　0765-54-1680　　FAX 0765-54-3211

（６）事業管理者　（越野荘施設長）　山 本 真 也

（７）当事業所の運営方針

・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

・適切な介護技術をもって常に提供したサービスの質の管理、評価を行いその向上に努めます。

（８）開設年月日　　昭和６２年４月１日

（９）営業日及び営業時間

営 業 日　　毎週火曜日から土曜日
ただし、１２月３１日から１月３日までは除きます。

営業時間　　８：００～１７：００

受付時間　　８：３０～１６：３０

(10) 利用定員　　２５名

(11) 通常の事業実施地域　　黒部市内

３．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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。

（職員の配置状況）

職　　種	職員の員数	職務の内容
事 業 管 理 者	１名（兼務）	管理者は、事業所の職員の管理及び業務の管理を統括する。
生 活 相 談 員	１名以上	生活相談員は、事業所に対する利用の申込に係る調整、通所介護計画の作成等を行う。
介　護　職　員	３名以上	介護職員は、通所介護計画の提供にあたる。
看　護　職　員	１名以上	看護職員は、利用者の健康管理、相談、助言等にあたる。
機 能 訓 練 指 導 員	１名以上（兼務）	機能訓練指導員は、通所介護の提供にあたり、利用者の機能訓練にあたる。

勤務時間　　８：００～１７：００

全職種の勤務体制　　８：００～１７：００

他に事務員(兼)、も配置しています。

４．提供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。

（１）介護保険給付の対象となるサービス（契約書第４条・参照）

以下のサービスについては利用料金の大部分（通常は９割、８割又７割）が介護保険から 給付されます。

〈サービスの概要〉

① 入　浴

・入浴又は清拭を行います。

・身体状態に応じた機械浴で入浴していただきます。

② 送　迎

・送迎車両にてご自宅まで送り迎えを行います。

③ 排　泄

・ご契約者の排泄の介助を行います。

〈選択的サービス〉

④ 個別機能訓練　（体制により料金がかかります。）

・機能訓練指導員により、ご契約者の身心等の状態や状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 口腔機能向上訓練

・ 口腔機能が低下しているご契約者様、又はそのおそれのある方に対し口腔機能改善の為の計画を作成し、これに基づくサービスを行います。

⑥ 栄養改善

・ 低栄養状態にあるご契約者様、又はそのおそれのある方に対し、栄養ケア計画を作成し、これに基づくサービスを行います。

⑦　認知症加算

・ 在宅生活の継続に資するために、認知症高齢者の方に対するサービス提供体制を整え、一定以上の認知症高齢者がご利用された場合に、認知症自立Ⅲ以上の方に対して加算されます。

☆中重度者ケア体制加算

中重度の要介護者の方に対するサービス提供体制を整え、一定以上の中重度者（要介護３以上）の要介護者がご利用された場合にご利用者全員に加算されます。

☆サービス体制強化加算

職員の配置体制による加算です。

☆介護職員等処遇改善加算

介護職員処遇改善交付金の効果を継続するための介護報酬（介護保険分、利用者負担分）からなる加算です。利用者負担は、区分支給限度額からの算定からは除外されます。

〈サービス利用料金（１日あたり)〉　（契約書第７条・参照）

①　別紙料金表によって、ご契約者の要介護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）をお支払い下さい。
サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。
②　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。要支援又は要介護認定を受けたあと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）。
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。
③　介護度別に定められた単位数を超えて通所介護のサービスをご利用になった場合は、単位数を超えた部分は保険対応には該当せず全額自己負担になります。

（２）介護保険の給付とならないサービス（契約書第５条、第７条・参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①　食事の提供

・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体状況および嗜好や季節に考慮した食事を提供します。

・ ご契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただく事を原則としています。

・食事時間　　１２：００～１３：００
食　費　　別表　食費の利用者負担額のとおり

② レクリエーション　各種行事　趣味活動

ご契約者のご希望によりレクリエーション、行事、趣味活動等に参加できます。

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供の記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。　１枚につき：実費

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものについてはその費用をご負担いただきます。　おむつ代：実費/努めて現物をご持参ください。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第７条・参照）

① 前記(１)(２)の料金・費用はサービス利用翌月２２日までに口座引落としにてお支払いください。（手数料は利用者負担とします。）

※１　引落しできない場合は（手続き中、手続きの不備など）は指定の口座へ振り込みください。その場合、振込み手数料は、利用者負担とします。

※２　引落しの際、残高不足などで処理した場合は、請求金額と引落し手数料金をお支払いください。

振込先　口座名　社会福祉法人緑寿会　北陸銀行　黒部支店　普通４１３８７２１

（４）利用中止、変更、追加（契約書８条・参照）

・利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新しい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前日までに事業所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、取消料として下記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込みが合った場合	**無　　料**
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	**当日の利用料金の自己負担額相応分**

・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により、ご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は、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

５．サービス利用にあたっての留意事項

利用者は、通所介護の提供するサービスを受ける際には、管理者の指示した事項を遵守するものとします。

６．苦情の受付（別紙①　契約書第２３条・参照）

（１）当事業所における苦情の受付窓口

〇苦情解決責任者　施設長　山 本 真 也

〇苦情受付窓口　生活相談員

ＴＥＬ　0765-54-1680

〇受付時間　毎週火曜日～土曜日（１２月３１日から１月３日を除く）

８：００～１７：００

※ 事業所内に苦情メモ「投函箱」を設置しています。

（２）第三者委員

第三者連絡先　　井澤　恵子　ＴＥＬ0765-54-4531

菊地　正子　ＴＥＬ0765-54-0265

（３）行政機関とその他苦情受付機関

・ 黒部市役所　福祉課　黒部市三日市１３０１

ＴＥＬ　0765-54-2111

〇受付時間　毎週月曜日～金曜日（年末年始、祝祭日を除く）

８：３０～１７：１５

・ 新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合　黒部市北新１９９

ＴＥＬ　0765-57-3303

〇受付時間　毎週月曜日～金曜日（年末年始、祝祭日を除く）

８：３０～１７：１５

・ 富山県国民健康保険団体連合会　富山市下野豆田９９５－３

ＴＥＬ　076-431-9833

〇受付時間　毎週月曜日～日曜日２４時間（土、日・時間外留守番電話）

・ 富山県福祉サービス運営適正化委員会　富山市安住町５－２１
　　ＴＥＬ　076-432-3280
　〇受付時間　毎週月曜日～金曜日
　　９：００～１６：００

７．身体拘束について

事業者及びサービス従業者は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、身体拘束その他契約者の行動を制限する行為を行わないものとします。

８．虐待の発生又は再発の防止の対応について

ご利用者の人権の擁護、虐待の発生又は再発を防止するため、指針を整備し、定期的な委員会の開催、研修を実施しサービス従業者へ周知徹底を図ることとします。

９．カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方

利用者様又はご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。
具体的には、次のような行為が該当することがあります。
・大声での叱責や威圧的な言動
・人格を否定する発言や差別的な言動
・業務の範囲を超えた過度な要求
・長時間にわたる執拗な要望やクレーム
　これらの行為が認められた場合には、複数名での対応や、サービス提供方法の見直しについて、ご相談させていただくことがあります。
　なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまでどおり誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

１０．緊急時の対応方法について（別紙②）

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。
《緊急時の連絡先》必ず通じる方と電話（携帯電話）を記載して下さい。

氏　　名	**（続柄　　）**
電話番号	（　　）　　ー
住　　所	

主 治 医	**名　　称：**
	電話番号（　　）　　ー

１１．事故発生時の対応（別紙③）

（１）当事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には必要に応じ、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
（２）当事業所は、サービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

１２．非常災害対策

（１）通所介護の提供中に天災その他の災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。
（２）非常災害に備え、定期的に避難訓練を行います。
（３）消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けます。

１３．　個人情報の取扱いについて

利用者に対する個人情報の取扱いについては、社会福祉法人緑寿会個人情報に関する基本規程による。

１４．第三者評価の実施状況について・・・実施していない

令和　　年　　月　　日

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

越野荘デイサービスセンター

説明者・職名　生活相談員　　氏名

私は本書面に基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提供開始に同意しました。

契約者・住所

氏名

契約者は、署名が出来ないため、契約者本人の意思を確認のうえ、私が契約者に代わってその署名を代行します。

署名代行者

住　　所

氏　　名　　（契約者との関係：　　）

立会人（家族）

住　　所

氏　　名　　（契約者との関係：　　）

電話番号