

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。
(福岡県指定 第 4072000146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・日常生活支援総合事業
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とおり
説明します。

◆◇目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業者の概要	1
3. 事業実施地域及び営業日	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業者が提供するサービスと利用料金	3-4
6. 留意事項	5
7. 高齢者虐待防止について	5
8. 苦情の受付について	5-6
9. 緊急・事故発生時の対応	7

社会福祉法人 学正会

デイサービスセンターデンナー桃源郷

1、事業者

- ① 法人名 社会福祉法人 学正会
- ② 法人所在地 福岡県柳川市金納 425 番地の 1
- ③ 電話番号 0944-74-3075
- ④ 代表者名 理事長 金納 理一
- ⑤ 設立年月 平成 4 年 4 月 1 日

2、事業所の概要

- ① 事業所の種類 指定通所介護事業所 平成 12 年 4 月 1 日指定
福岡県 第 4072000146 号
- ② 事業所の目的 指定通所介護は、介護保険令に従い、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に支援することを目的として、ご契約者に、通所介護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 ゼンナー桃源郷
- ④ 事業所の所在地 福岡県柳川市矢加部 249-5 番地
- ⑤ 電話番号 0944-74-2888
- ⑥ 管理者氏名 福山 慎也
- ⑦ 当事業所の運営方針
 - 1. 通所介護計画書及び日常支援総合事業通所介護に基づき利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえてサービスを行う。
 - 2. 利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、笑顔と親切を忘れず通所介護サービスを提供するよう努める。
 - 3. 明るい雰囲気の下、家族や地域と結びつき、市町村、居宅支援事業者老人介護支援センター、福祉・保険医療サービス事業者及び関係機関との連携に努める。
- ⑧ 設立年月日 平成 4 年 4 月 1 日

3、事業実施地域及び営業日

① 通常の実施区域 柳川市、大川市、筑後市、大木町、みやま市

② 営業日及び営業時間

営 業 日	日曜日～土曜日 但し1月1日から1月3日を除く
営 業 時 間	午前8:00 ～ 午後17:00
サービス提供時間	午前9:30 ～ 午後16:00

③ 利用定員 50名 (日曜日25名)

4、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。

<職種別人員数>

職種	常勤	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務
1. 管理者	1名			
2. 生活相談員	1名以上			
3. 介護員	8名以上			
4. 看護職員	1名以上			
5. 機能訓練指導員	1名以上			

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間 8:00 ～ 17:00
2. 看護職員(機能訓練指導員)	勤務時間 8:00 ～ 17:00

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以下場合があります。

- 利用料金が介護保険から給付される場合
- 利用料金の全額をご契約者様に負担いただく場合

(1) 介護保険の対象となるサービス

以下のサービスについては、9割から7割が介護保険から給付されます。

介護保険負担割合証に応じて(1割から3割)自己負担額となります。

<サービスの概要>

① 個別機能訓練

- ・ 個別機能訓練計画の内容に沿って、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した5人程度以下の小集団(個別対応含む)に対して、機能訓練指導員が直接訓練を行います。

② 食事

- ・ 当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のために離床して食事を摂っていただくことを原則とします。

③ 入浴

- ・ プライバシーに十分考慮し、入浴または清拭をおこないます。(清拭は、入浴加算の対象となりません。)

④ 排泄

- ・ ご契約者のプライバシーに十分考慮し、機能レベルに応じた排泄の介助を行います。

⑤ 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。但し、通常の事業実施、地域外からのご利用の場合は、1kmごとに50円頂きます。
- ・ 送迎時間に関しましては指定時間の前後する場合がございますのでご了承ください。

(2) 介護保険の給付とならないサービス

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 食事の材料の提供(食材料費)

ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

食事代：400 円

② レクリエーション、趣味活動

ご契約者の希望によりレクリエーションや趣味活動に参加していただくことができます。

料金：趣味活動、制作物、手芸等の材料費・個人購入希望があった場合

＊ 上記の場合、実費をいただきます。

(参加はあくまでも任意です)

(3) 利用料金のお支払方法

口座引き落とし（大牟田柳川信用金庫）、お振込み（手数料はご負担お願いいたします）もしくは、月末締め翌月払い（一括払い）があります。

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更、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申し出てください。但しご契約者の体調不調等正当の事由がある場合はこの限りではありません。
- 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。

(5) 利用料金表 （別紙参照）

☆ 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(ケアプラン)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「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。

6、留意事項

○ 貴重品

ご利用にあたっては、金品（携帯電話を含む）の必要はほとんどありませんので持参はご遠慮下さい。なお、金品（携帯電話を含む）の紛失等が発生した場合、事業者は一切責任を負いません。

○ 物品の受け渡し

ご利用にあたっては、食料品等の持ち込み及び、他利用者等への配布はご遠慮下さい。万が一事故等発生した場合、事業者は一切責任を負いません。

7、高齢者虐待防止について

当事業所では、利用者等の人権の擁護・虐待の予防のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- （１）定期的に虐待防止のための委員会を開催します。
- （２）虐待防止のための研修を年２回実施します。
- （３）虐待防止のための指針を整備します

8、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

（管理者） 福山 慎也

（生活相談員） 野田 裕樹

○ 受付時間 8：00 ～ 17：00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

柳川庁舎：福祉課高齢者福祉係	所在地 電話 F A X	柳川市本町 87－1 0944－73－8111（代表） 0944－74－1374
福岡県介護保険広域連合 （柳川・大木・広川支部）	所在地 電話 F A X	柳川市三橋町正行 431 番地 柳川市役所 三橋庁舎内 0944－75－6301 0944－75－6340
大川市役所健康課 介護保険係	所在地 電話 F A X	大川市大字酒見 2 5 6－1 0944－85－5522 0944－86－8485
みやま市 保健福祉部 介護支援課 介護保険係	所在地 電話 F A X	みやま市瀬高町小川 5 番地 0944－64－1555 0944－64－1503
筑後市役所 高齢者支援課	所在地 電話 F A X	筑後市大字山ノ井 8 9 8 0942－53－4115 0942－53－4119
福岡県国民健康保険団体連合会 事業部介護保険課	所在地 電話 F A X	福岡市博多区吉塚 1 3 番地 4 7 号 092－642－7859 092－642－7856

8、緊急・事故発生時の対応

事業者は、現に通所介護サービスの提供を行っている時に利用者の病状の急変や事故等生じた場合は速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取るなどの必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

デッナー桃源郷通所介護重要事項説明書

交付者

氏名

_____ 管 理 者 _____ 福山 慎也 _____ 印

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

説明者職種

氏名

_____ 生 活 相 談 員 _____ 野田 裕樹 _____ 印

私は、本書面に基づ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の提供開始に同意します。

【利用者】

住所

_____ 氏名

_____ 印

【利用者代理人（選定した場合）】

住所

_____ 氏名

_____ 印

_____ (続柄 : _____) _____