

社会福祉法人鶴来会
介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業
(通所介護相当サービス、通所型サービス A)

デイサービス「あじさいの郷」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。
(事業所番号 第 1772200208 号)

当事業所はご利用者に対して介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(以下通所サービス)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、契約上にご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

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」又は「事業対象者」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利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	
4. 職員の配置状況	
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 利用に中止、変更、追加	5
7. 事故発生時の対応	
8. 緊急時の対応	
9. 苦情の受付について	6
10. 第三評価実施状況	
11. ハラスメントについて	
12. 虐待防止について	

1. 事業者

- | | |
|------------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 鶴来会 |
| (2) 法人所在地 | 石川県白山市明島町春130番地 |
| (3) 電話番号 | 076-273-5006 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 新村 康二 |
| (5) 法人設立年月 | 平成15年 7月28日 |

2. 事業所・事業の概要

- (1) サービスの種類 介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業
事業所番号 (第 1772200208 号)
- (2) 事業の目的 要支援状態にある利用者が、有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図ると共に、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所サービスを提供することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 デイサービス あじさいの郷
- (4) 事業所の所在地 石川県白山市明島町春 130 番地
- (5) 電話番号 076-273-5006
- (6) 事業所長(管理者) 供田 隆裕
- (7) 運営の方針
- (8) 開設年月 平成 16 年 8 月 20 日
- (9) 利用定員 35 名

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業実施地域 白山市(白峰、尾口、河内、鳥越、吉野谷、松任、美川地区を除く)
能美市(和佐谷町、岩本町、灯台笹町、宮竹町、三ツ口町)
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日 (ただし、1 月 1 日から 1 月 3 日は除く)
受付時間	午前 8 時 15 分～午後 5 時 15 分
営業時間	通常 午前 8 時 50 分～午後 4 時 35 分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して第一号通所事業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。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定規準を遵守しています。

職種	職員配置
1. 事業所長(管理者)※	1 名
2. 介護職員	5 名以上
3. 生活相談員	1 名以上
4. 看護職員(機能訓練指導員兼務)	1 名以上
5. 機能訓練指導員(看護師兼務)	1 名以上

※印は特別養護老人ホームと兼務

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間： 8：15～17：15 ☆原則として5名の介護職員がお世話します。
2. 看護職員	勤務時間： 8：15～17：15 ☆原則として1名の看護師がお世話します。

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、ご利用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利用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

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

〈サービスの概要〉

①利用料金基本額（要支援・事業対象者利用料・・・別紙利用料金表）

- ・当事業所では、日常生活の動作(排泄介助、食事介助、余暇活動等)に対し支援・援助を行います。

②入浴（①に含まれます）

- ・入浴又はシャワー浴を行ないます。寝たきりの方も機械浴槽を使用して入浴することができます。

③運動器機能向上訓練（別紙料金表参照）

- ・要支援者を対象に運動器の機能維持、向上について指導を行います

④サービス提供体制加算(別紙料金表参照)

介護保険法における介護職員配置基準による体制加算です。（職員体制等により加算に変更される場合があります）。

⑤介護職員等処遇改善加算（別紙料金表参照）

- ・利用料及び加算(食費を除く)の合計に12%を乗じたものを介護職員等処遇改善加算として加算されます。

⑥若年性認知症入所者受入れ加算（別紙料金表 参照）

若年性の認知症利用者の方が利用した場合に一日あたり算定される加算となります。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉

別紙の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払いいただきます。

※通所サービスを受ける場合に、サービスに要した費用のうち市町村より認定された適用期間において介護保険の負担割合に応じた割合分の金額を支払うこととなります。

☆ご利用者がまだ要支援又は、事業対象者の認定を受けていない場合は、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：但し自立認定された場合については、介護保険から払い戻しを受けることはできません）。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、ご利用者が保険給付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。

☆ご利用者の介護保険料の支払い滞納等により、事業者が保険者から介護給付の支払いを受けることができない場合についても償還払いとなります。事業者へのお支払後、ご利用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。但しご利用者の介護保険料の滞納期間によっては、介護保険から、一部の金額、又は全額について払い戻しを受けることができない場合があります。

☆ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記（２）①参照）

☆介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆事業所評価加算

評価対象なる期間において利用者の方が状態の維持・改善の割合がご利用者の一定以上の数となった場合に当該期間の次年度利用において事業所評価加算が加算される場合があります。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

- ① 食事費 食事費とは、食材費及び食事を提供するために係る人件費、調理等に係る料金です。（別紙料金表参照）

※管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食時を提供します。

（食事時間）

昼食：１２：００ ～ １２：４５

- ②入場料が必要な野外行事に参加された場合の料金に要した費用の実費

- ② 理髪サービス（散髪、顔剃り、顔剃りのみ 別紙料金表参照）

月に２回、理美容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

（３）日常生活上必要となる諸費用（ご利用者が希望したとき）

紙おむつ等 要した費用の実費

☆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ご説明します。

（４）利用料金のお支払方法

○前記（１）、（２）、（３）の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払下さい。

○月間に複数の回数をご利用される場合は、当該月最終サービス利用終了日に当該月

間のご利用日数に基づく合計金額をお支払下さい。

ア. 送迎ス終了後の、ご自宅での現金支払
イ. 窓口での現金支払
ウ. 下記指定口座への振込み
銀行名 北國銀行 鶴来支店
口座名義 社会福祉法人 鶴来会 理事長 新村康二
口座番号 普通 3 3 2 3 5 2
※振込みの際はご利用者又はご家族名義でお願いします。
エ. ご家族又はご利用者名義の口座から自動振替

6. 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所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開始日の前日までに事業所に申し出てください。(別紙料金表参照)
- 利用予定日の午前8時15分までに申し出があった場合 無料
利用予定日の午前8時15分までに申し出がなかった場合 有料
- 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利用の希望する期日にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

7. 事故発生時の対応

- 通所介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。
- 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
- サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではない。

8. 緊急時の対応

ご利用者のご利用期間中に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関へ連絡し、必要な措置を講じます。

☆協力医療機関

医療機関の名称	新村病院
所在地	石川県白山市月橋町722番地12
診療科	内科・外科・整形外科・胃腸科 等

●緊急時の連絡が取れるよう、連絡先の変更があった場合は、速やかにお知らせ下さい。

別紙緊急連絡シート

9. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

（1）当事業所における苦情の受け付け

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 生活相談員 大竹広美 倉本百合香

○連絡電話番号 076-273-5006

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:15～17:15

（2）鶴来会苦情解決第三者委員会

○元民生児童委員 堀 雄一

○社会福祉法人鶴来会 監事 澤田 えつ子

（3）行政機関その他苦情受付機関

白山市健康福祉部長寿介護課	所在地 電話番号	白山市倉光2丁目1 076-274-9529
石川県国民健康保険団体連合会 高齢者介護サービス苦情110番	所在地 電話番号	金沢市幸町12番1号 076-231-1110
石川県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 電話番号	金沢市本多町3丁目1番10号 石川県社会福祉会館内 076-234-2556

10. 第三者評価の実施状況

実施の有無 無

11. ハラスメントについて

利用者・家族等における信頼関係により、安全安心な環境での支援が成り立っております。職員へのハラスメント等により、必要な支援の継続が出来ない場合は、予告期間を定めた上で改善に努めていただきます。それでも改善に至らない場合は、事業所からの申し出により利用停止（契約解除）となります。

12. 虐待防止について

事業者は利用者等の人権の擁護、虐待防止等の為に、次に掲げる必要な措置を講じます。

- （1）虐待防止に関する責任者を選任しております。
- （2）成年後見制度の利用を支援します。
- （3）苦情解決体制を整備しております。
- （4）従業員に対し、虐待防止の為に啓発を目的とした研修を実施していきます。
- （5）従業員が支援をするにあたり、悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- （6）虐待を発見した際は、市町村窓口へ迅速かつ適切に通報いたします。また、虐待等が発生した場合は市町村などが行う調査などに協力いたします。

13. 天災地変及び緊急時の対応と免責

・事業者は、サービス提供中に地震、風水害、その他の天災地変等が発生し、通常のサービス提供が困難と判断した場合は、利用者の安全を最優先に確保した上でサービス提供を中止すると共に、緊急連絡先へ連絡し、帰宅の措置を講じます。

但し、道路状況やご家族の状況により帰宅が困難な場合には安全が確保されるまで事業所内での待機、または指定避難所への誘導を行うものとします。

・前項の緊急事態において、道路の寸断や事業所車両が動かないことなどにより、通常の送迎サービスの提供ができない場合がございます。

・不可抗力による災害や、事業者側の予測や回避が不可能な事由によって生じた損害（緊急帰宅中の不可抗力による事故等）について、事業者に故意または重大な過失がない限り、事業者はその賠償の責を負わないものとします。

令和 年 月 日

通所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ない、交付しました。

介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業

デイサービス あじさいの郷

説明者 職 名 _____
氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明、交付を受け、第一号通所事業の提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____
氏 名 _____

上記代理人（代理人を選任した場合）

代理人は本人の契約意思を確認し、本人に代り上記署名を行いました。

本人との関係

住 所 _____
氏 名 _____

個 人 情 報 提 供 同 意 書

社会福祉法人 鶴来会
理事長 新村 康二 殿

_____(利用者)は、デイサービス あじさいの郷が、利用者に対する通所サービスの提供に際して、利用者及び家族、代理人に関する知り得た事項について、利用者が利用する居宅介護支援事業者等又は他の居宅介護サービス事業者において、連携及び適切なサービスを提供するために、必要となる限度において（利用者の心身の状態及びおかれている環境等について）利用者及び家族、代理人の個人情報を用いることに同意致します。

令和 年 月 日

利用者 氏 名 _____

家族・代理人 氏 名 _____