

重要事項説明書

社会福祉法人 博愛会
デイサービスセンター 暖家

1 事業の目的および運営の方針

(目的) デイサービスセンター 暖家(以下センターという)は、利用者さまが可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、要介護状態等の心身の特性を踏まえて必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行なうことを目的とする。

(運営の方針)

- センターの通所介護事業者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、利用者さま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を営むことができるよう、さらに利用者さまの社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに 家族さまの身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。
- 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。
- 都道府県及び市町村が条例で定める基準等の内容を遵守し、事業を運営する。

2 事業者

事業者名	社会福祉法人 博愛会		
理事長	杉内洋子		
本部所在地	長崎県諫早市幸町 59-1		
電話番号	0957-22-7511	FAX 番号	0957-22-7512

3 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンター 暖家		
事業所所在地	長崎県諫早市幸町 64-15		
管理者	杉内 優仁		
指定事業所番号	4270401435	開設年月	平成 18 年 3 月 1 日
電話番号	0957-22-7581	FAX 番号	0957-22-7582
サービスを提供する地域	諫早市内(小長井町・多良見町を除く)		

※ 上記以外の地域の方でも、ご希望の方はご相談下さい。

4. 職員体制

職種	職務内容	常勤	非常勤
管理者	運営目的、及び方針を達成するため、従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに必要な指揮命令を行うものとする	1 名	
生活相談員	利用申込に関わる調整、通所介護計画の作成等を行う	2 名	名
看護師	看護師、准看護師の資格を有するものとし、当該通所介護の提供に当たる	名	3 名
介護員	入浴、食事、排泄など生活動作全般の支援を行う	3 名	5 名
機能訓練指導員	ご利用者様の日常生活やレクリエーション、行事を通じて機能訓練を行う	名	3 名
調理員	利用者の疾患の状態や嗜好等に応じ、栄養管理のもと食事の提供を行う	名	4 名

5. 営業時間

営業時間	午前8時30分～午後5時30分
営業日	月曜日から土曜日とする。 ただし12月31日・1月1日・1月2日は除きます。

【要介護利用者】

基本サービス時間：午前9時30分～午後4時45分（7時間以上～8時間未満）

午前9時30分～午後3時45分（6時間以上～7時間未満）

【要支援利用者・第1号通所事業】

午前9時30分～午後3時45分

6 利用定員

利用定員は1日35名とする。

7. サービスの内容

サービスの内容は次のとおりとする。※事前に看護師による血圧等のチェックを実施します。

身体介護	日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供する排泄の介助、移動・移乗の介助、静養、その他必要な身体介助など
入浴	家庭において、入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する。衣類着脱の介護、身体の清拭、洗髪、洗身など
食事	給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供します。食事の準備、配膳下膳の介助、食事摂取の介助など
機能訓練	体力の機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行います。ペダル漕ぎ・平行棒・プーリーなど
レクリエーション	生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるよう実施します。これらの活動を通じ仲間づくり、老いや障害の受容などを図ります。
送迎	送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを実施します。
相談・助言	利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

8. 料金

サービスを提供した場合の利用料の額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、第1号通所事業を提供した場合の利用料の額は市町村が定める基準によるものとする。

サービスが法定代理受領サービスであるときは、その1割（又は2割・3割）の額とします。

【ご利用者様個々の負担割合については市町村発行の『介護保険負担割合証』にて確認させていただきます。】
ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービスのご利用については、全額自己負担となります。

(1) 介護保険給付対象分 【通所介護費】（利用1回当たり）

各料金の下段（ ）内の金額は、2割負担の場合のものです。

① 基本料金

利用時間帯 要介護度	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	570円 (1,134円)	584円 (1,162円)	658円 (1,310円)
要介護2	673円 (1,340円)	689円 (1,372円)	777円 (1,546円)
要介護3	777円 (1,546円)	796円 (1,584円)	900円 (1,792円)
要介護4	880円 (1,752円)	901円 (1,792円)	1,023円 (2,036円)
要介護5	984円 (1,958円)	1,008円 (2,006円)	1,148円 (2,284円)

② 加算料金

利用者様さまが希望されたサービスに応じて、算定いたします。

各料金の下段（ ）内の金額は、2割負担の場合のものです。

加算名称	算定要件	加算金額
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1日につき	56円(112円)
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	1日につき	76円(円)
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月につき	20円(40円)
入浴介助加算(Ⅰ)	入浴サービス1回につき	40円(80円)
入浴介助加算(Ⅱ)	入浴サービス1回につき	55円(110円)
口腔機能向上加算	1回につき(月2回限度)	150円(300円)
科学的介護推進体制加算	1月につき	40円(80円)

③ 事業所加算

加算の有無に関係なく算定いたします。

各料金の（ ）内の金額は、2割負担の場合のものです。

サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	1日につき	22円（44円）
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1か月分の利用料（①基本料金＋②加算料金の合計）の5.9相当分	
介護職員等特定処遇 改善加算（Ⅰ）	1か月分の利用料（①基本料金＋②加算料金の合計）の1.9%相当分	
介護職員等ベースアップ等 支援加算	1か月分の利用料（①基本料金＋②加算料金の合計）の1.1%相当分	

※ その他、対象に応じ加算があります。

※ 介護支援専門員が作成する、サービス提供表に基づき請求させていただきます。

※ 送迎を行わない場合、片道47円（2割負担の場合は94円）差し引きとなります。

※ 料金は、介護保険法に基づき算定いたします。上記の料金は目安となります。

※ 介護保険適用の場合でも、償還払いを希望される場合には保険適用外の場合の料金を頂きサービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の窓口
に提出頂きますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(2) 全額自己負担分

- 昼食費：1日600円
- 趣味活動かかる材料費

(3) その他の費用

- リハビリパンツ代 100円
- パット代 70円

※ 衣服等の汚染により、やむを得ず洗濯をした場合 1回 120円

(4) 支払方法（1ヵ月分）

- 現金払い
- 銀行振込（振込手数料はご負担願います）

※サービス提供月末で締め、翌月速やかに請求書を発行します。

請求書発行後、上記の支払方法で入金ください。

(5) 払い先

【銀行振込】

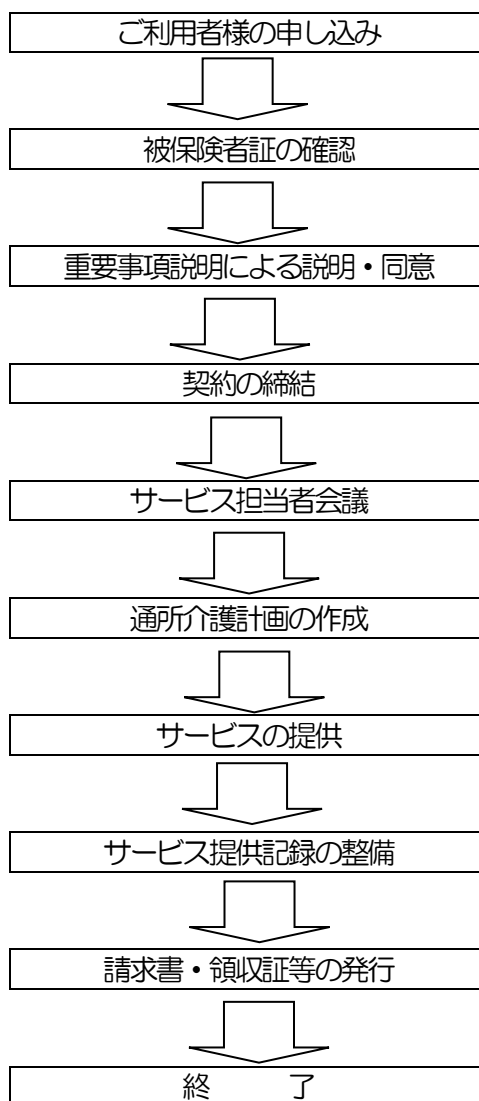
たちばな信用金庫	本店	普通預金口座
口座番号	1525166	
口座名義人	社会福祉法人 博愛会	デイサービスセンター暖家
	杉内	豊

9. サービス利用方法

1) サービスの開始

電話でお申し込み下さい。職員がご自宅までお伺い致します。

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



2) サービス終了

- ① 利用者さまの都合でサービス終了する場合
サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し込み下さい。
- ② 当センターの都合でサービスを終了する場合
当センターの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致します。
- ③ 自動終了
次の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービス終了いたします。
 - ・ご利用者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利用者さまの認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
 - ・利用者さまがお亡くなりになった場合
- ④ その他
以下の場合ではご利用者又はセンターは文書で解約を通知することで、即座にサービスを終了することができます。
 - ・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
 - ・当センターが守秘義務に反した場合
 - ・当センターが利用者さまや家族さまなどに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ・当センターが破産した場合。
 - ・利用者さまが、サービス利用料金の支払を2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2週間以内に支払わない場合、または利用者さまやご家族さまなどが当センターやセンターのサービス従業者に対して本契約を継続したが、いほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に終了させていただく場合がございます。

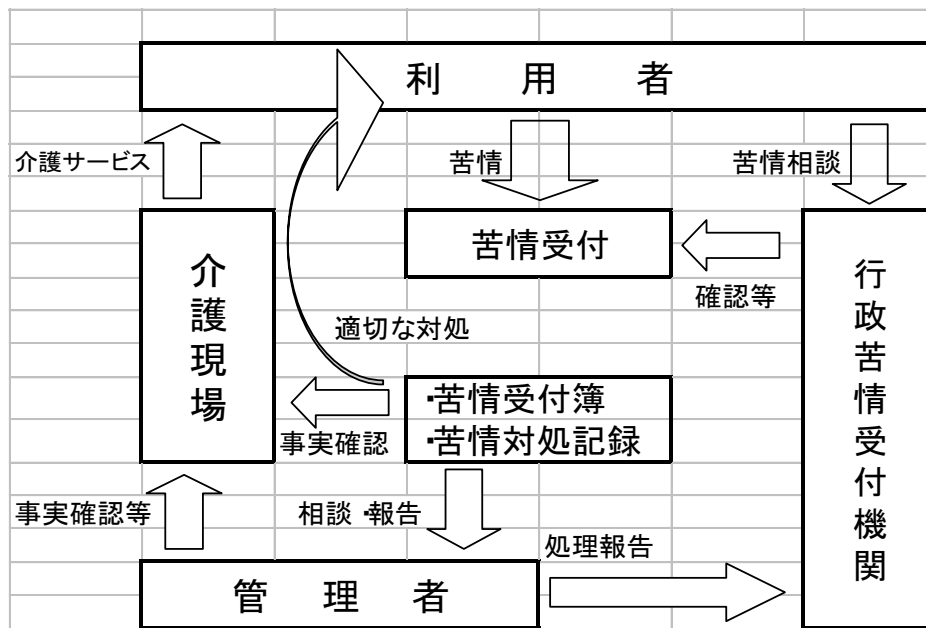
10. サービスに関する相談・苦情

1 苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

自ら提供した指定通所介護に係る利用者さま及び家族さまからの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情相談窓口を設置し、苦情を受け付けた場合には、所定用紙に内容等記録します。

(窓口) 長崎県諫早市幸町64-15
デイサービスセンター 暖家
電話 0957-22-7581
FAX 0957-22-7582
メールアドレス danke.1875@gmail.com
担当者 生活相談員 原 邦男
諫早市健康福祉部 介護保険課
Tel 0957-22-1500

- 2 窓口担当者で解決が困難な場合は、処理を保留し、管理者及び苦情・相談の対象となっている部署の責任者と協議をして解決します。
- 3 提供した指定通所介護に関し、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問、照会に応じ、及びご利用者さまからの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村からの指導、助言を受けた場合は当該指導または助言に従って必要な改善を行い、市町村から求めがあった場合は改善内容を報告します。
- 4 本事業者で解決できない苦情は、長崎県社会福祉協議会（長崎市茂里町 3-24、Tel 095-842-6410）に設置された「運営適正化委員会」に申し立てる事が出来ます。なお、介護保険事業に関する苦情は「県国民健康保険団体連合会」（長崎市今博多町 8 番地国保会館 Tel095-826-7293）で受け付けます。



11. サービス利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	○	
利用者家族会	○	
従事職員への研修	○	年数回内部研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	○	
その他	○	問題ケースカンファレンス等

12. サービス利用にあたっての留意事項

- ご利用日に身体的異常（発熱など）があった場合には、利用を控えていただき、電話での連絡をお願いします。
- センターでの利用中に身体的異常（転倒を含む）が発生した場合、看護職員による応急処置を行いますが、病院受診等は原則として家族さまで対応をお願いします。
- センターでの利用中に感染症への罹患の疑いが発生した場合、病院受診等は原則として家族さまの対応をお願いします。
- センター内での、飲酒は原則として禁止となっております。
- センター内での食事については、持ち帰らないようにお願いします。
- 他の利用者、家族及び職員と個人的に金品の貸し借りをを行うことや職員への贈答品は、お断りしています。

13. 非常災害対策

(1) 非常災害への対応

事業実施中に災害が発生した場合は、直ちに事業を中止し、利用者さまの避難誘導等安全防護対策を講じます。また、利用者さまの送迎中に生じた事故等の場合は、運転者、通所介護従業者が、利用者さまの身体の安全を確保するとともに、当センターの安全管理者の指示により更に、必要な措置が講ぜられます。

(2) 防災設備 非常ベル、誘導灯、消化器等

(3) 防災訓練 消防法の規定に基づく避難訓練及び消火訓練・風水害等対応訓練・地震対応訓練

(4) 防災管理者 (橋口 誠)

14. 秘密の保持

従業者は業務上知り得た利用者さままたはその家族さまの秘密を保持します。また、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨の徹底を図ります。

サービス担当者会議等において利用者さま及び家族さまの情報を用いる場合がありますので、あらかじめ文書により同意を頂きます。なお、個人情報の範囲については、介護サービスの円滑な提供に必要な最小限度のものとしします。

同意がない場合、サービスの調整ができず円滑なサービス提供ができない等の不都合が起こる場合があることをご了承下さい。

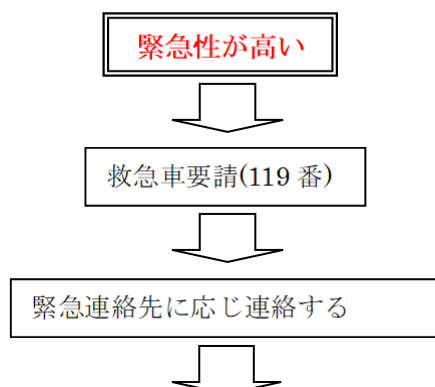
15. 記録の保管

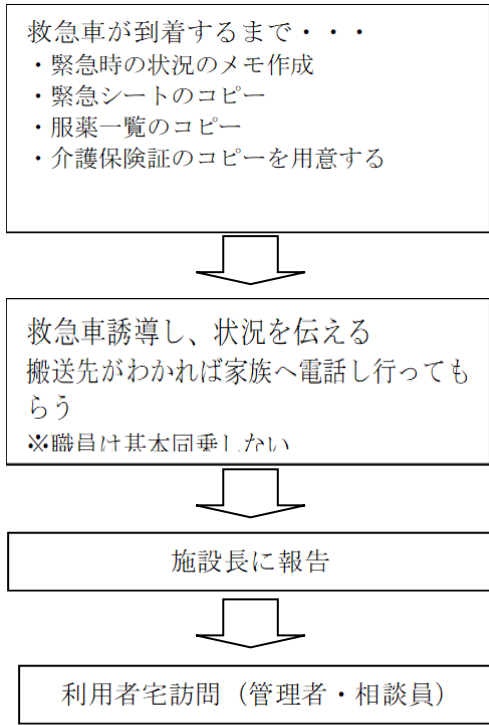
サービス提供の記録について、その終了から2年間保管しておりますので、記録の閲覧及び、実費を支払っての写しの交付は、本人さま及び家族さまに限り可能です。それ以前の記録についても保管している場合がありますので、ご相談下さい。

16. 緊急時および事故発生時の対応

サービス提供時、体調悪化などの緊急時および事故発生時は下記のとおり対応をます。

《 緊急時手順 及び 事故発生時手順 》





記録した報告書は収集し保管し、介護事故再発防止の為に職員への指導や原因の究明、施設内管理システムの見直し、改善策を検討します。

※緊急時および事故発生時、従業者が迅速に対応できるように、以下に記入をお願いします。

主治医

病院名または、診療所名	
主治医氏名	
連絡先	

ご家族

氏名	
連絡先	
氏名	
連絡先	

事故発生時の損害賠償については次項に記載する通りです。

17. 損害賠償

当事業所の責めに帰すべき事由によって損害が発生した場合は、速やかに損害を賠償します。

当事業所は、『しせつの損害保険』の賠償責任保険に加入しており、加入している損害保険の適用対象や補償範囲は下記の通りです。

- 業務遂行や施設の所有、使用または管理に起因する事故
- 生産物又は業務の結果に起因する事故（食中毒等）
- 受託物（現金・貴重品を含む）を損壊、または紛失し、もしくは盗取された場合
- 名誉毀損、プライバシーの侵害などによる人格権侵害

以上の事故により損害賠償責任を負担することにより被る損害に対して保険が適用されます。

18. 重要事項説明の確認、および変更

重要事項説明書を交付し、説明したことを確認するために、利用者及び利用者代理人（代理人を選定している場合のみ）もしくは立会人（家族等が契約に立ち会う場合）に署名・捺印していただきます。

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合には、書類を交付して口頭説明、もしくは郵便で通知いたしますので、ご了承下さい。

19. 転倒事故や体調の急変等のリスクへの理解について

ご利用者様の持っている力を活用し、生活の継続性を高めるため当施設では屋外活動やリハビリなどの活動を行っております。ご利用者様一人一人にあった生活の質の向上を図るため当施設としても全力で支援していきますが、一方でどうしても転倒事故や体調の急変などの可能性が高くなります。

さらに活動を通し、他者との交流をする中で、感染症のリスクも併せて高くなります。

常に転倒予防や事故防止のために、最大限の対応をいたしますが、転倒事故や体調の急変が起こりえるという事へのご理解をよろしくお願い致します。