

阿見翔裕園デイサービスセンター

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業

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。
(茨城県指定 第0873800338号)

当事業所は、ご契約者（利用者）に対して第1号通所事業の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通り説明します。

◇ 目 次 ◇

1. 法人について	2
2. 事業所の概要	2
3. 職員の配置状況	3
4. サービスと利用料金等	3
5. その他のサービス	6
6. 施設利用にあたっての留意事項	8
7. 苦情の受付について	8
8. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等について	9
9. 事故発生時の対応について	9
10. 非常災害時の対策について	9

1. 事業者

(1) 法人名	社会福祉法人 長寿の森
(2) 法人所在地	茨城県稲敷郡阿見町阿見字阿見原 5137 番地
(3) 電話番号	029-840-2881
(4) 代表者氏名	神成 裕介 (カンナリ ユウスケ)
(5) 設立年月日	平成10年3月2日
(6) 法人が経営・運営する施設	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) 短期入所生活介護事業所 介護予防短期入所生活介護事業所 通所介護事業所 ケアハウス 居宅介護支援事業所 訪問介護事業所

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類	第1号通所事業・介護予防通所型サービス 平成12年2月29日指定 0873800338
(2) 事業所の目的	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支援することを目的として、第1号通所事業・介護予防通所型サービスを提供いたします。
(3) 事業所の名称	阿見翔裕園デイサービスセンター
(4) 事業所の所在地	茨城県稲敷郡阿見町阿見字阿見原 5137 番地
(5) 電話番号	029-840-2881
(6) 事業所管理者（施設長）氏名	加川 武士 (カガワ タケシ)
(7) 開設年月日	平成12年4月1日
(8) 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ると共に、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- ◆利用者又はその家族に対してサービス内容及び提供方法について分かりやすく説明します。
- ◆適切な介護技術をもってサービス提供します。
- ◆常に提供したサービスの質の管理、評価を行います。
- ◆居宅介護サービス計画（ケアプラン）が作成されている場合は、当該計画に沿った予防通所介護を提供します。

(9) 通常の実施地域 阿見町、土浦市
(上記地域以外の方でもご希望の方は、ご相談ください。)

(10) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（ただし12月31日～1月3日を除く）
営業時間	8：30～17：30 サービス提供時間は、送迎時間等を除く9：30～15：50とする。

(11) 利用定員 1日35人

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者（利用者）に対して第1号通所事業・介護予防通所型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。尚、職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	配置数	勤務時間他
管理 者 (施設長)	1	ケアハウス、特別養護老人ホーム、 短期入所生活介護事業所兼務 月～金 9：00～18：00
生活相談員	2	常勤2（うち1名介護職員兼務）
看護職員	3	常勤1名、非常勤2 うち1名機能訓練指導員兼務
介護職員	8	常勤8
機能訓練指導員	1	非常勤1（看護職員兼務）

※尚、勤務体制により職員数や勤務時間が変わります。

4. 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は、

- (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契約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

次のサービスは1割～3割の自己負担をいただきます。

<サービス利用料金（1ヶ月あたり）>

下記の料金表によって、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）をお支払下さい。

A. 基本利用料

契約者の要介護度	要支援 1	要支援 2
1. サービス利用料に係る自己負担額(1割負担)	1,824 円	3,672 円
2. サービス利用料に係る自己負担額(2割負担)	3,647 円	7,344 円
3. サービス利用料に係る自己負担額(3割負担)	5,470 円	11,015 円

※上記は1ヶ月にかかるおよその料金です。 1単位=10.14円

・入浴

寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

また、健康状態の確認もいたします。

看護職員が健康状態を確認の上、入浴を決定します。

B. 通所型サービス提供体制強化加算（II）

介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が百分の四十以上の為、加算されます。

契約者の要介護度	要支援 1	要支援 2
1. サービス利用料に係る自己負担額(1割負担)	73 円	146 円
2. サービス利用料に係る自己負担額(2割負担)	140 円	292 円
3. サービス利用料に係る自己負担額(3割負担)	219 円	438 円

C.通所型サービス処遇改善加算（II）

介護職員処遇改善の為、上記加算が加算されます。

契約者の要介護度	要支援 1	要支援 2
1. サービス利用料に係る 自己負担額(1割負担)	175 円	348 円
2. サービス利用料に係る 自己負担額(2割負担)	349 円	695 円
3. サービス利用料に係る 自己負担額(3割負担)	523 円	1,042 円

※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。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。

D.科学的介護推進体制加算

科学的介護推進に関する評価の情報を厚生労働省の科学的介護情報「LIFE」に定期的に提出し、解析された結果のフィードバックを受け、事業所で活用してサービスの質の向上に繋げていく加算となります。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

①食費

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の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

食事時間　： 12：00～

利用料金　： 1食　750円

②おむつ代（おむつを使用されている場合、ご持参下さい。）

利用中に不足した場合実費をただきます。

紙おむつ、紙パンツ：1枚　100円

尿取りパット：1枚　25円

③レクリエーション、クラブ活動

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

利用料金：材料代等の実費をいただきます。なお、事前にご連絡いたします。

④通常の事業実施区域外への送迎

阿見町、土浦市以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと事業所との間の送迎費用として、下記の料金をいただきます。

当事業所から往復 20 km 以内	600 円
当事業所から往復 20 km 以上	300 円 + 10 km (片道) を越えた距離 1 kmあたり 20 円加算

⑤複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録を営業時間中いつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただけます。

1 枚 : 10 円

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活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切であるものにかかる費用を負担いただきます。

※経済状況の著しい変化やその他やむを得ない理由がある場合、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内容と変更する理由について、変更を行う 7 日前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記 (1)、(2) の料金・費用は、月末に締め、翌月に請求させていただきます。請求書がお手元に届きましたら、当法人の定める支払方法によりお支払い下さい。領収書を発行いたします。

(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、第 1 号通所事業・介護予防通所型サービス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実施日の前々日までに事業所に申し出て下さい。

○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ただく場合があります。但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。

(5) キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

但し、やむを得ない事情については、この限りではありません。

前日 18 時までの連絡	無料
前日 18 時～当日 8 時 30 分までの連絡	食事代相当 500 円
当日 8 時 30 分以降の連絡	食事代全額 750 円 (おやつ代を含む)

※都合や体調不良等の理由に関わらず、当日 8 時 30 分までに休みの連絡がない場合、又は、ご来園後、体調不良等で途中退園され、昼食を召し上がっていな場合は食事代を頂くことになります。

◎サービス利用の変更・追加のお申し出に対して、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. その他のサービス

① 排泄

ご契約者の排泄介助を行います。

※おむつをご使用されている場合は必要枚数をご持参下さい。

② 生活相談

ご契約者のご相談に応じます。

健康上の理由による中止

- 風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止をすることがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また必要に応じて速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

→ 契約書へ緊急時の連絡先として

必ず 2ヶ所ご利用の度にご記入いただきます。

6. 施設利用に当つての留意事項

電話・事務所窓口対応時間	9：00～18：00
所持品等の持ち込み	特別チェックはしませんが、食品・貴重品・危険物の持ち込みはご遠慮下さい。お持ちいただきたいものは別紙にてご説明致します。
医療関係	受診・入院の手続きはご家族にてお願い致します。
宗教活動等	当施設内での宗教・政治・営利活動、他の利用者への迷惑を及ぼすような行為はご遠慮下さい。
喫煙	全館禁煙。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は、社会福祉法第82条の規定により体制を整えております。以下の専用窓口で受け付けています。口頭・文書・電話いずれでも結構です。

苦情受付時間	月～金 9：00～18：00
苦情連絡先	阿見翔裕園 Tel 029-840-2881
苦情受付担当者	生活相談員 洞内 留美子 生活相談員 小原 和樹
苦情受付責任者	管理者（施設長） 加川 武士
第三 者 委 員	横田 照代 (社会福祉法人長寿の森 評議員) 石井 定夫 (社会福祉法人長寿の森 評議員) 河合 隆 (社会福祉法人長寿の森 評議員) (司法書士)

※ 苦情解決の体制については、別紙を参照して下さい。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

阿見町役場	高齢福祉課 介護保険係	TEL029-888-1111 (平日 8：30～17：15)
土浦市役所	高齢福祉課	TEL029-826-1111 (平日 8：30～17：15)
茨城県国民健康保険団体連合会	介護保険課 介護保険苦情相談室	TEL029-301-1565 (平日 9：00～12：00、13：00～17：00)
茨城県社会福祉協議会	運営適正化委員会	TEL029-305-7193 (平日 9：00～17：00)

8. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等について

- (1) 利用者アンケート調査、意見箱当利用者の意見等を把握する取組の状況…なし

実施した年月日	なし
当該結果の開示状況	なし

- (2) 第三者による評価の実施状況…なし

実施した年月日	なし
実施した評価機関の名称	なし
当該結果の開示状況	なし

9. 事故発生時の対応について

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、ご利用者のご家族、市町村及び利用者に係る居宅介護支援事業所等へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故の状況や事故に際してとった処置については、記録を作成し、事故発生の原因究明と予防の検討を行い、再発防止に努めます。
- (3) ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償損害を行います。

10. 非常災害時の対策について

- (1) 非常時の対応について

別途に定める、消防計画書（平成18年12月4日届出）により対応いたします。

- (2) 平常時の訓練について

別途に定める、消防計画書に則り、年4回の避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。

- (3) 防災設備について

以下の防災設備を備えています。

- ・自動火災報知機
- ・誘導灯
- ・ガス漏れ報知機
- ・非常通報装置
- ・非常用電源
- ・消火設備（スプリンクラー、消火器、屋内消火栓、屋外消火栓）
- ・カーテンは防炎性能のある物を使用しています。
- ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水3日分）
- ・その他（拡声器、携帯ラジオ、ロープ、懐中電灯等）

(4) 保険の加入について

事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。

加入保険会社名：あいおい損害保険株

加入保険内容：社会福祉施設総合保険

この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、利用者又はその家族への重要事項説明の為に作成したものです。

重要事項の説明・同意を証するために重要事項説明書2通を作成し、説明者及び契約者(利用者) 記名押印の上、各自その1通を保有することとします。

令和 年 月 日

第1号通所事業・介護予防通所型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いました。

阿見翔裕園デイサービスセンター

説明者

職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、第1号通所事業・介護予防通所型サービスの提供開始に同意しました。

御利用者

氏名

印

住所

電話番号

私は、利用者本人に代わり、上記署名を行いました。

私は、利用者本人の同意意思を確認しました。

代理人氏名

印

本人との関係

住所

電話番号

署名代理の理由