

通所介護重要事項説明書

〈 令和 6 年 6 月 1 日 〉 現在

1 当法人が提供するサービスについての相談窓口

0982-35-0058 (午前8時30分～午後5時30分まで)

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 ふれあいの里デイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ふれあいの里デイサービスセンター
所在地	宮崎県延岡市沖田町2240番地1
介護保険指定番号	通所介護 (宮崎県 4570300071号)
サービスを提供する対象地域	延岡市

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	社会福祉士	1名		業務全般管理	1名
生活相談員	介護福祉士	1名		介護全般	1名
職員等	准看護師	2名		健康管理	2名
	介護福祉士	4名		介護全般	4名
	その他	1名		調理全般	1名

(3) 設備の概要

定員	40名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室 205.3㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽1・特殊浴槽1	送迎車	3台

(4) 営業時間

月～土	午前8時30分～午後5時30分
日	定休日 12月31日より1月3日までは、休業とします。

* 緊急連絡電話 0982-35-0058

3 サービス内容

- ① 送迎
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 機能訓練
- ⑤ 生活相談 等

4 料金

(1) 利用料金

① 通所介護利用料 ※1割負担額を表示

	1日あたりの利用料金 自己負担額
要介護度 1	¥584
要介護度 2	¥689
要介護度 3	¥796
要介護度 4	¥901
要介護度 5	¥1,008

(参考) 通所介護利用料

	1日あたりの利用料金
要介護度 1	¥5,840
要介護度 2	¥6,890
要介護度 3	¥7,960
要介護度 4	¥9,010
要介護度 5	¥10,080

* 利用料金については、介護保険負担割合証に示された負担割合でのお支払いとなります。
詳細は、介護保険負担割合証等で確認させていただきます。

- ② 入浴加算 ¥40
- サービス提供体制強化加算 ¥22
- 介護職員等処遇改善加算 月利用総単位数の14.0%

- ③ 食費
1食あたり ¥500 (全額自己負担)

- ④ その他
上記の他、レクリエーションにかかる費用等は一部自己負担の場合があります。

* 但し、事業者がサービス利用料金に相当する給付を受領する事ができない場合は、契約者は重要事項説明書に定めるサービス利用料金の全額を事業者に対し、いったんお支払いいただきます。

(2) 取消料

無料です。ただし、利用日の前日までに連絡ください。

(3) 支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、14日以内にお支払いください。
お支払方法は、現金、口座自動引き落としの2通りの中からご契約の際に選べます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。職員がお伺いいたします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

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

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。

② 当法人の都合でサービスを終了する場合

人員不足等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カ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者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お客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
 - ※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ 事業者が解散及び破産した場合、または、やむを得ない事情により事業を閉鎖した場合
- ・ 事業者が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当法人が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当法人が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払を3カ月以上遅延した場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により、3カ月以上にわたってサービスが利用できないことが明らかになった場合、利用者や家族などが当法人や当法人のサービス職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

(暴言、暴力、嫌がらせなどの迷惑行為・パワーハラスメント・セクシャルハラスメントなどの行為等)

6 ふれあいの里デイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

自立生活の助長支援と心身機能の維持向上に努めます。

(2) サービス利用のために

職員への研修を実施します。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・体調確認 …… 前日までに変化があれば、お迎え時に職員に様子を伝えて下さい。
- ・設備、器具の利用 …… 職員の指示、操作を原則とします。

(4) 地域等との連携

地域住民やボランティア団体等との連携及び協力を行う等、地域との交流に努めます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8 非常災害対策

- ・防災時の対応 …… 延岡消防署との直通電話
- ・防災設備 …… スプリンクラー、消火器
- ・防災訓練 …… 毎月1回実施
- ・防火責任者 …… 所長

9 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10 業務継続計画の策定

当事業所は、感染症や自然災害の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、通所介護職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11 感染症の予防及びまん延の防止のための措置について

当事業所は、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催し、その結果を、通所介護職員に周知徹底します。
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 通所介護職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

12 虐待の防止

当事業所は、虐待の発生日またはその再発を防止するため、次の号に掲げる措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果について、通所介護職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 通所介護職員に対し、虐待防止のための研修を定期的に行います。
- ④ 虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。

13 サービス内容に関する苦情

① 当法人ご利用者相談・苦情担当

担 当 所 長

電話 0982-35-0058

② その他

当法人以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

延岡市 介護保険課計画指導係

延岡市東本小路2番地1

電話 0982-22-7069

宮崎県国民健康保険団体連合会

宮崎県宮崎市下原町231番地1

電話 0985-35-5301

14 当事業所及び法人の概要

- (1)法人名 社会福祉法人 ふれあい福祉会
- (2)理事長名 楠 田 富 雄
- (3)住所 宮崎県延岡市沖田町2240番地1
- (4)電話番号 0982-35-0005
- (5)定款の目的に定めた事業
- 介護老人福祉施設
 - 短期入所生活介護事業 (介護予防短期入所生活介護事業)
 - 介護予防支援事業
 - 居宅介護支援事業
 - 通所介護事業 (介護予防・日常生活支援総合事業(通所介護相当サービス))
 - 生活困難者に対する相談支援事業
 - その他これに付随する業務

同意書

令和 7 年 1 月 20 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	宮崎県延岡市沖田町2240番地1 社会福祉法人ふれあい福祉会
説明者	ふれあいの里デイサービス

*私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての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した。

*私は、居宅サービス計画を作成し、円滑に実施するために、関係機関に私及び家族に関する必要な情報を伝えることを同意します。

利用者 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名

利用者との続柄 ()