

老人デイサービスセンター長寿園

尾花沢市介護予防・日常生活支援総合事業における 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）重要事項説明書

当事業所は、尾花沢市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 徳良会
主たる事務所の所在地	〒999-4224 尾花沢市新町三丁目2番21号
代表者（職名・氏名）	理事長 笹原 守
設立年月日	昭和55年8月22日
電話番号	0237-22-1325

2. 事業所の概要

事業所の名称	老人デイサービスセンター長寿園
サービスの種類	尾花沢市介護予防・日常生活支援総合事業における 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）
事務所の所在地	〒999-4224 尾花沢市新町三丁目2番21号
事業所の管理者	加藤 充也
電話番号	0237-22-3185
事業所番号	0671800076
利用定員	定員40人
通常の事業の実施地域	尾花沢市

3. 事業所の主な設備の概要

食堂・機能訓練室	1ヵ所	100.46㎡
機能訓練室	1ヵ所	48.18㎡
静養室	1室	50.84㎡
相談室	1室	15.82㎡
浴室	一般浴槽と特殊浴槽	43.22㎡

4. 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

要支援状態等の利用者に対しその利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

(2) 運営の方針

- ・ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・ 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、尾花沢市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- ・ 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。
- ・ 上記のほか、尾花沢市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

5. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行います。

機能訓練	機能訓練指導員による利用者の状況に適合した、日常生活動作の維持、向上、心身のレベルの向上（介護予防）に配慮した機能訓練を行います。
アクティビティ	利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練並びに利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション・グループワーク・行事的活動・体操・趣味活動等のサービスを提供します。
食事の提供	身体状況にあった昼食を12:00～12:45の間に提供します。原則として、食堂でおとりいただきます。
健康チェック	施設到着後の健康チェックと必要な場合随時血圧や体温等を測定します。
入浴	身体状況に応じ、一般浴か特別浴を提供します。健康状態に応じ、入浴を中止する場合があります。
生活相談	常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することを含め相談できます。
送迎	身体状況に応じ専用車により送迎を行います。

6. 営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、12月29日から1月3日は除きます
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時15分から午後4時15分まで

7. 従業者の職種、員数及び職務の内容

従業者の職種	常勤	非常勤	職務の内容
所 長	1		管理運営
生 活 相 談 員	3 (3再掲)		利用者の相談事業、家族との連絡調整、苦情相談受付等
看 護 職 員	2	1	利用者の保健衛生、予防指導
機能訓練指導員	2 (再掲)	1 (再掲)	利用者の機能回復訓練
介 護 職 員	8	3	利用者の生活援助全般
事 務 員	3		必要な事務全般
業 務 員		2	身体援助補助

8. 利用料等

(1) 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の利用料

【基本部分】

利用回数	サービス費用	利用者負担		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
事業対象者・要支援1	4,360円	436円	872円	1,308円
事業対象者・要支援2	4,470円	447円	894円	1,341円

(注1) 本サービスは1回あたりの利用料金となります。

(注2) 要支援1の対象の方は、ひと月の中で4回までのサービス利用の方となります。

(注3) 要支援2の対象の方は、ひと月の中で8回までのサービス利用の方となります。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	区分	加算額（利用者負担）		
			1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
サービス提供体制強化加算（I）	<ul style="list-style-type: none"> 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上、または介護職員の総数のうち勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上である。 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。 	要支援1	88円	176円	264円
		要支援2	176円	352円	528円

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として、利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、口腔・栄養に関する情報を担当の介護支援専門員へ提供した場合算定されます。 ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していない 	介護度共通	20円	40円	60円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	<ul style="list-style-type: none"> ・基本介護料金（要介護1～5）に各加算を加えた額の合計に、1000分の120を乗じた額が加算されます。（加算項目は変更することがあります。） 				

（2） その他の費用

食費	1食当たり 600円
おむつ代	持参（事業所で提供した場合は実費）
その他	レクリエーション費用で材料代が伴うもの並びに日常生活においても通常必要になるものにかかる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は実費

（3） 支払い方法

上記（1）及び（2）の利用料金、その他の費用は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後に発行します。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	通常は窓口での現金払い
口座振込	現金払いによりがたい場合、下記の振込先になります

《口座振込の場合の振込先》

取引金融機関 山形銀行 尾花沢支店

口座番号 普通預金 682861

口座名義 社会福祉法人 徳良会 理事長 笹原 守

9. 緊急時における対応方法

- ・ サービス提供中に利用者の体調や容体の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の措置を講じます。
- ・ 病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

◎医療機関

医療機関名		電話番号	
主治医			

◎第1緊急連絡先（家族）

氏名		続柄	
住所			
電話番号		携帯番号	
お勤め先等		職場等連絡先	

◎第2緊急連絡先（家族）

氏名		続柄	
住所			
電話番号		携帯番号	
職場等		職場等連絡先	

10. 事故発生時の対応

- ・ 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の提供により事故が発生した場合には、速やかに尾花沢市、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・ 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

11. 非常災害対策

非常災害時の対応方法	別途定める「特別養護老人ホーム長寿園消防計画」による。
避難訓練等の概要	別途定める「特別養護老人ホーム長寿園消防計画」による。
消防計画等	毎年4月に「特別養護老人ホーム長寿園消防計画」を消防署へ届出
防火設備等の概要	スプリンクラー、自動火災報知器、誘導灯、屋内補助散水栓、非常通報装置、漏電火災報知器、非常用電源 カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しております。

1 2. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	担 当 者：柏 倉 美紀子 受付時間・曜日：午前8時30分～午後5時30分 月～金曜日 電 話 番 号：0 2 3 7 - 2 2 - 3 1 8 5
---------	---

(2) 行政機関その他の苦情相談窓口

苦情受付機関	所在地	電話番号
尾花沢市福祉課介護保険係	尾花沢市若葉町一丁目1番3号	0 2 3 7 - 2 2 - 1 1 1 1
山形県国民健康保険団体連合会	寒河江市大字寒河江字久保6番地	0 2 3 7 - 8 7 - 8 0 0 6

1 3. 虐待防止

虐待防止に関する責任者の選定、職員に対する計画的な研修の実施等、虐待の防止のための体制を構築する。また、虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに防止策を講じ、これを市町村に通報するものとする。

1 4. 秘密保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	・事業者及び事業者の職員は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても第三者には漏らしません。 ・事業者は、事業者の職員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないように必要な処置を講じます。
職員に対する秘密の保持について	・事業者は、利用者又は利用者の家族の個人情報について、介護保険法に基づくもののほか、利用者のケアプラン立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最低限の範囲内で使用します。 ・事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

1 5. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- ・サービスのご利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- ・体調不良等によりサービスを利用できなくなった際は、できる限り早めに当事業所へご連絡ください。
- ・他の利用者のご迷惑になるような行為は慎むようお願いします。また、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合は利用中止となる場合があります。

16. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2. なし		

事業所は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 尾花沢市新町三丁目2番21号
 事業者(法人)名 社会福祉法人 徳良会
 代表者職・氏名 理事長 笹原 守 印
 説明者職・氏名 主任生活相談員 柏 倉 美紀子 印

私は、事業者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所
 氏名 印

署名代行者
 住所
 本人との続柄
 氏名 印
 署名を代行した理由

家族の代表者 住所
 氏名 印