

重要事項説明書

晃風園デイサービスみのり（通所型従前相当サービス）

この度は、数ある通所型従前相当サービス（デイサービス）の中から「晃風園デイサービスみのり」をお選びいただきありがとうございます。

この説明書の中には、事業所の概要やご利用上の諸注意等が記載されています。ご利用前に良くお読みになり、ご不明な点は職員にお尋ねください。

1. 当法人の概要

①名称・法人種別	社会福祉法人 徳寿会
②代表者名	理事長 田邊 晃久
③所在地	神奈川県大和市草柳2-15-4
④業務の概要	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護、居宅介護支援、通所介護（2事業所）、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、地域包括支援センター
⑤事業所数	8事業所

2. サービスの方針

利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上、並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る為にぬくもりや安らぎのある温かなふれあいの場を提供しております。

3. サービスの内容

(1) 「通所型従前相当サービス」は、当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活などに関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活のお世話、並びに日常生活上の機能訓練を行うサービスです。

(2) 事業者は次の施設にて、通所型従前相当サービスを提供します。

①事業所名称	晃風園デイサービスみのり
②事業所番号	1473001111（大和市長指定）
③運営法人	社会福祉法人 徳寿会
④所在地	大和市深見東3丁目2-4
⑤電話番号	046-262-2034
⑥営業日	月・火・水・木・金・土（※日曜日・12月30日～1月3日は定休日）
⑦営業時間	8:00～18:00
⑧提供時間	9:15～16:20
⑨定員	19名
⑩管理者	小方 淑恵

(3) 1日の流れは次表の通りです。

8:00～	迎車出発
9:15～	デイサービス開始 健康チェック・入浴・個別機能訓練・個別プログラム
12:00～	昼食・休憩
14:10～	プログラム・催し物（プログラムでは、歌・脳トレ・体操等を行っております）
15:45～	おやつ
16:20～	デイサービス終了

(4) サービスは、個別の通所型従前相当サービス計画に沿って計画的に提供します。

(5) 事業所は、指定通所型従前相当サービスに関する諸記録を整備し、その完結の日（当該指定通所型従前相当サービス等を提供した日をいう）から最低5年間は保存するものとする

(6) ご利用時の持ち物は、以下となります。（貴重品等の持参はご遠慮ください）

- 着替え、紙パンツ等 ●タオル・バスタオル（お名前をご記入ください）
- 薬（ある場合） ●連絡手帳（デイサービスで用意しますので利用毎にご持参ください）

4. 職員体制

サービスの提供にあたり、事業所に配置する従業者の職種、員数は以下の通りです。

職種	役割	常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
管理者	職員等の管理及び業務の管理を一元的に行います	—	1名	—	—
生活相談員	利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービスの調整、介護予防支援事業者等他の機関との連携において必要な役割を果たします	—	1名	—	1名
看護師	健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置及び介護を行います	—	—	—	2名
介護職員	通所型従前相当サービス等の提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し、適切な介護を行います	—	1名	7名以上	—
機能訓練指導員	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に必要な機能訓練等を行います	—	—	—	2名

※機能訓練指導員は、看護師または作業療法士の有資格者が機能訓練を提供します

5. 利用者負担金(介護度等に基づく法定利用料金)について

(1) お支払いいただく利用者負担金は、原則次表のとおりです。

(ア) 基本単位数

要介護度	算定単位	単位数	サービス 利用料(10割)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要支援1・事業対象者	1月あたり	1,798 単位	18,789 円	1,879 円	3,758 円	5,637 円
要支援2		3,621 単位	37,839 円	3,784 円	7,568 円	11,352 円

(イ) 加算単位数

名称	算定単位	単位数	サービス 利用料(10割)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
若年性認知症受入加算(※1)	1月あたり	240 単位	2,508 円	251 円	502 円	753 円
サービス提供体制加算Ⅲ1(※2)	1月あたり	24 単位	250 円	25 円	50 円	75 円
サービス提供体制加算Ⅲ2(※3)	1月あたり	48 単位	501 円	51 円	101 円	151 円
科学的介護推進体制加算	1月あたり	40 単位	418 円	42 円	84 円	126 円
口腔機能体制加算Ⅱ(※4)	1月あたり 月/2回まで	160 単位	1,672 円	168 円	335 円	502 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ(※5)	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率9%					

※1 若年性認知症受入加算は、若年性認知症のご利用者に対し、個別に担当者を定めたくて特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に算定します。

※2 要支援1および事業対象者の方について算定します。

※3 要支援2の方について算定します。

※4 口腔機能向上加算は、計画に基づいて口腔機能向上サービスを実施した場合算定します。

※5 介護職員等処遇改善加算は、基本単位数に、処遇改善に関する加算以外の加算・減算単位を加えた合計単位数に、それぞれの加算率を乗じて算出した額となります

- (2) 金額の計算方法はそれぞれの単位数に 10.45% (大和市の地域加算) を乗じた数の 10% (90%を差し引いた数) もしくは 20% (80%を差し引いた数) ・または 30% (70%を差し引いた数) となります。負担割合はお持ちの負担割合証をご確認ください。なお、上記表中の金額は目安となります。端数処理を行う関係で、実際の金額と若干異なる場合がございます。
- (3) 介護保険外のサービスとなる場合 (サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を越える場合を含む) には、全額自己負担となります (介護予防サービス・支援計画を作成する際に介護支援専門員等から説明の上、利用者の同意を得ることになります)。
- (4) 利用料金は、月ごとに指定口座からの引落としにて御支払い頂きます。

6. その他の利用者負担金

その他の利用料金として、昼食弁当代を 1 食につき 530 円、おやつ代を 1 食につき 120 円、利用者
の希望による教養娯楽費はその都度実費を頂戴します。

7. キャンセル (欠席)

- (1) デイサービスをお休みされる場合には、なるべく早く下記連絡先までご連絡下さい。
連絡先(電話) : 046-262-2034
- (2) 利用予定日当日の午前 8 時までに欠席の連絡がない場合は、昼食代 530 円お支払い頂きます。
- (3) キャンセル料は、利用者負担金と共に計算した上でお支払い頂きます。
- (4) 台風や大雪などの悪天候等によりサービスの中止をする場合がございますのでご了承下さい。

8. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 以下に該当する方はサービス利用をご遠慮いただくことがございます。
 - (ア) 感染症の方 (MRSA、結核等)
 - (イ) 徘徊・暴力行為等の激しい方
 - (ウ) 体調不良の方 (発熱、下痢等の継続がみられる方)
- (2) その他、以下の点にご留意ください。
 - (ア) 金銭および貴重品はお持ちにならないでください。
 - (イ) 送迎は、自宅前以外での途中下車はできません。
 - (ウ) サービス利用中、利用者間での金品のやりとりはご遠慮ください。
 - (エ) 利用中、著しい症状の悪化がみられる場合は帰宅していただくことがございます。
その際、送車の都合がつかない場合はご家族の協力をお願いすることがございます。
 - (オ) 喫煙される方は、玄関外にある灰皿のあるところでお吸いください。

9. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、大和市全域とします。

10. 緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の心身の状況に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに家族に連絡し、その状態に応じて主治医あるいは協力医療機関に連絡し適切な措置を講ずるとともに、担当介護予防支援事業者等に報告することとします。

11. 非常災害時の対応

サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業員は利用者の避難等適切な措置を講ずることとします。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとります。非常災害に備え、定期的 (年に 2 回) に避難訓練を行っております。なお非常事態時には基本家族送迎をお願いいたします。

12. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご家族、ご利用者に係る介護予防支援事業者等

に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

13. 従業員の資質向上

従業者等の質の向上を図るため、次のとおり研修の機会を設けます。

ア. 採用時研修 採用後2か月以内 イ. 継続研修 随時

14. 衛生管理

サービスに使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意するものとします。また、従業者等は、感染症等に関する知識の修得に努めます。

15. 秘密保持

事業所の従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守します。

従業者であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるため、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に従業者のとの雇用契約の内容とします。

16. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

17. 虐待に関する事項

事業所は、利用者の人権擁護の観点から、虐待の発生又はその再発を防止する為、担当者を置き、委員会の定期開催、指針の整備、定期的な研修を実施致します。また、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通報することとします。

18. 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

【晃風園デイサービスみのり】（生活相談員：小方淑恵・大島真由美）

電話番号 046-262-2034

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

【大和市 健康福祉部 介護保険課】（平日 8:30~17:00）

住所 〒242-8601 大和市下鶴間1-1-1

電話番号 046-260-5170

【神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）】（平日 8:30~17:15）

住所 〒220-0003 横浜市西区楠町2-7-1

電話番号 045-329-3447（介護保険課 介護苦情相談係）

以上

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、サービス事業所の重要事項説明書により重要事項を説明しました。

事業者	所在地	大和市深見東3丁目2-4
	事業者名	晃風園デイサービスみのり
	説明者	印

サービス契約に当たり、重要事項の説明を受け、その内容に同意をして交付を受けました。

利用者

住所	
氏名	印

代理人又は立会人

住所	
氏名	続柄 () 印

<参考>

①利用者負担額

1月あたりの利用者負担額

要介護度	基本単位	加算単位	処遇改善 加算	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要支援1・事業対象者	1,798 単位	64 単位	168 単位	2,122 円	4,243 円	6,364 円
要支援2	3,621 単位	88 単位	334 単位	4,225 円	8,450 円	12,675 円

※加算単位は、サービス提供体制加算Ⅲ（要支援1・事業対象者は24単位、要支援2は48単位）、科学的介護推進体制加算（40単位）

※処遇改善加算は、介護職員等処遇改善加算Ⅱ（9%）

② その他の負担額

昼食代	530円
おやつ代	120円

お客様1月あたり（月 回）のご利用料金（①+②） 円