通所介護重要事項説明書

１．事業所の名称及び所在地

（１）名　　称　　デイサービスセンター　フルーツ・シャトーよいち
（２）所 在 地　　北海道余市郡余市町黒川町１９丁目１番地２
（３）電話･ＦＡＸ　　電話　０１３５-４８-６０３３　ＦＡＸ　０１３５-２２-６９７４
（４）事業所経営者　　社会福祉法人よいち福祉会　理事長　亀　尾　　毅
（５）開設年月日　　平成３年４月１日

２．利用定員

通常規模型通所介護事業所・通所介護相当サービス事業所
６時間以上７時間未満　　３０名
７時間以上８時間未満　　１０名
認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所　　１０名

３．営業日及び営業時間

	通常規模型･通所介護相当サービス		認知症対応型・介護予防認知症対応型
	6 時間以上７時間未満	7 時間以上８時間未満	
営業日	月曜日～土曜日	火曜日～土曜日	月曜日
営業時間	午前 9 時 30 分～午後 3 時 30 分	午前 9 時 30 分～午後 5 時 00 分	午前 9 時 30 分～午後 3 時 30 分

＊　休館日は日曜日と１２月３１日～１月２日

４．利用にあたっての留意事項

指定通所介護の対象者は要介護者、指定介護予防通所介護の対象者は要支援者であって自傷他害などの行為がない方とします。

○　利用中止に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう必要な援助を行うよう努めます。

５．事業所における苦情の受付

（１）苦情受付窓口

○苦情受付担当者　　管　理　者　　石谷　県一
○苦情解決責任者　　管　理　者　　石谷　県一
連絡先　　０１３５－２２－５３５０
受付時間　　午前９時２０分～午後６時２０分
○苦情第３者委員　　野　村　広　司　　０１３５－３３－５０６２
三　浦　恵　子　　０１３５－２３－３７８１
津　沢　誠　　０１３６－５７－５９７２

（２）苦情受付・対応の概要

苦情を受け付けた場合は、苦情解決責任者へ内容の報告をし、事実確認を致します。内容によっては利用者、ご家族等と面談を行い詳細な聞き取りを致します。その後苦情解決へ向けて施設内苦情相談委員会で対応を検討し苦情解決責任者へ上申、その後解決措置を講じる仕組みとなっております。解決が困難となった事例については、法人が設置する苦情処理第３者委員会に申し立て、速やかに解決を図るよう努めます。

○　当事業所以外については市町村、国民健康保険団体連合会、北海道福祉サービス適正化委員会へサービスに関して苦情の申し立てをすることができます。

余市町役場
　　余市町朝日町２６番地　　０１３５－２１－２１１９
国民健康保険団体連合会
　　札幌市中央区南２条西１４丁目国保会館　　０１１－２３１－５１６１
北海道福祉サービス適正化委員会
　　札幌市中央区北２条西７丁目　　０１１－２０４－６３１０
※国民健康保険団体連合会への申し立て方法は、原則書面によりますが、困難な場合に口頭による申し立ても出来ます。

６．職員体制

通常規模型通所介護・通所介護相当サービス（６時間以上７時間未満）

職種	職員数	職種	職員数
管理者	1	機能訓練指導員	１以上
生活相談員	１以上		
介護職員	１以上		
看護師	１以上		

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

＊通常規模型通所介護事業所・通所介護相当サービス（７時間以上～８時間未満）も同様

職種	職員数	職種	職員数
管理者	1		
生活相談員	１以上		
介護職員	１以上		
機能訓練指導員	１以上		

７．サービスの内容

（１）通所介護計画・通所介護相当サービス計画の立案

利用者の方の個別の援助計画を立て、内容をご本人・ご家族に説明し同意のもと交付し、それに基づきケアを致します。

（２）食事

管理栄養士が献立を立て、季節感のある食事を提供致します。

（３）介護

可能な限り自立に向けた介護を提供致します。

（４）入浴

身体状況に応じて、普通浴槽・座浴槽・特殊浴槽を利用頂けます。

（５）機能訓練

ご希望により身体の状況・体力に応じた機能訓練を致します。

（６）生活相談

生活相談員等が生活内のご相談に応じます。

（７）健康管理

食欲や運動面、服薬援助、バイタル測定などの健康管理を致します。

（８）レクリエーション等

運動を兼ねて楽しみながら参加出来るレクリエーションを企画実施致します。

（９）送迎

ご自宅玄関と施設の間の送迎を致します。

８．利用料（本人負担額）

（１）サービスの利用料（１日あたり）

通常型通所介護（６～７）		通常型通所介護（７～８）		認知症対応型通所介護	
介護度	介護費（円）	介護度	介護費（円）	介護度	介護費（円）
要介護１	５８４	要介護１	６５８	要介護１	７９０
要介護２	６８９	要介護２	７７７	要介護２	８７５
要介護３	７９６	要介護３	９００	要介護３	９６０
要介護４	９０１	要介護４	１，０２３	要介護４	１，０４２
要介護５	１,００８	要介護５	１，１４８	要介護５	１，１２７

介護予防認知症対応型通所介護	
要支援１	６８４円　／　日
要支援２	７６２円　／　日

○介護職員等処遇改善加算Ⅱロは、１月につき介護報酬総単位数（基本サービス費＋各種加算）×サービス別加算率（１１．８％）（１単位未満四捨五入）円

○送迎代　介護費に含まれています。（施設による送迎では無い場合には片道４７円減額になります。）

○サービス提供体制強化加算Ⅲ　６円

○科学的介護推進体制加算　４０円／月

○中山間地域等提供加算は、１月につき介護報酬総単位数(基本サービス費＋各種加算)×サービス別加算率(５.０％)(１単位未満四捨五入)　円

○個別機能訓練加算Ⅰ（イ）　５６円

○入浴介助加算（Ⅰ）　４０円　○食　費　６００円

○オムツ代　実費　○キャンセル代　徴収しません

（但し、出来るだけ利用日の前日午後５時までに連絡願います）

通所介護相当サービス	
要支援１	１，７９８円　／　月
要支援２	３，６２１円　／　月

○介護職員等処遇改善加算Ⅱロは、１月につき介護報酬総単位数（基本サービス費＋各種加算）×サービス別加算率（１１．８％）（１単位未満四捨五入）円

○若年性認知症利用者受入加算　　２４０円／月

○サービス提供体制強化加算Ⅲ　　要支援１　２４円／月

要支援２　４８円／月

○科学的介護推進体制加算　　４０円／月

○送迎代　　費用に含まれています。

○入浴費　　費用に含まれています。　　○食　費　　一食６００円

○生活機能向上グループ活動加算額　１００円／月

○オムツ代　実費　　○キャンセル代　　徴収しません

（但し、出来るだけ利用日の前日午後５時までに連絡願います）

（２）　通所介護を利用した場合の利用料が法定代理受領サービスであるときには、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いをしていただきます。

（３）支払方法

原則利用月毎に利用料金を徴収致します。利用月翌月に請求書を発行致しますので次回利用日にご持参下さい。

（４）送迎に要する費用　　通常の事業の実施地域は、余市町（豊浜・白岩地区以外）とする。通所介護相当サービスについても同様とする。

＊１キロにつき５０円（事業所が起点）

９．緊急時の対応方法

○　利用者に様態の変化、急変などがあった場合は、掛かりつけの医師などに連絡するなど必要な措置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡致します。

10．非常災害対策

○　災害時においては「社会福祉法人よいち福祉会　防災管理規程」及び「消防計画」などの規程に基づき、利用者の安全確保に努めます。

11．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には、速やかに市町村・居宅介護支援事業所、当該ご家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。又、事故状況の記録等から事故再発防止のための措置を講じます。サービス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。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

12．利用者の記録や情報の管理・開示について

○　関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じて、その内容を開示します。又、利用者及びご家族の情報の使用に関しては予め別紙個人情報使用同意書により同意の上、使用させていただきます。

13. 福祉サービス第３者評価の実施について
　○　第３者評価の実施の有無　　無し

14. その他の運営についての重要事項
　○　事業所は、生活相談員等の資質向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備しております。
　○　職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容としております。
　○　認知症等の方について､利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合についてのみ身体拘束を行う場合があります。その際の身体拘束が必要な場合は、利用者及び家族に説明をし、同意に関してご相談することとしております。又、同意を得た場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

通所介護事業所（デイサービスセンター）利用にあたり、利用者に対し契約書及び本書に基づいて重要事項を説明しました。

事業所
　名　称　　デイサービスセンター　フルーツ・シャトーよいち
　説明者　　職　　名　　管理者
　　氏　　名　　石谷　県一　　㊞

上記内容の説明を受け、了承しました。
令和　　年　　月　　日

利用者氏名
又は利用者代理人　　㊞