

社会福祉法人太田福祉記念会

太田玉川デイサービスセンター重要事項説明書

〈平成29年4月1日現在〉

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 024-984-3844(午前8時15分～午後4時45分)

※ただし、土曜・日曜・年末年始(12月31日～1月3日)は除く。

担 当 者 介護員兼生活相談員 佐藤博紀

2. 太田玉川デイサービスセンターの概要

(1) 提供するサービスの種類

事業所の名称	社会福祉法人太田福祉記念会 太田玉川デイサービスセンター
所在地	福島県郡山市熱海町玉川字阿曾沢11番地1
介護保険事業所番号	0770301208 (介護予防認知症対応型通所介護事業所)
サービスを提供する地域	郡山市

(2) 当事業所の職員体制

()内は男性再掲

	資格	常勤	非常勤	計	職務内容
管理者 (通常規模型の管理者を兼務)	社会福祉主事	1名 (1)		1名 (1)	職員の管理、業務状況の把握及びその他の管理を行います。
生活相談員	介護福祉士 (介護職員を兼務)	1名 (1)		2名 (1)	利用者及び家族等との相談に応じるとともに、関係機関との連絡調整を行います。
	社会福祉主事 (介護職員及び通常規模型の生活相談員を兼務)	1名			
介護・看護職員	看護師 (機能訓練指導員並びに通常規模型の看護職員及び機能訓練指導員を兼務)		1名	2名	利用者の保健衛生並びに看護業務を行いません。
	准看護師 (機能訓練指導員並びに通常規模型の看護職員及び機能訓練指導員を兼務)		1名		
	介護福祉士 (1人は生活相談員を兼務)	2名 (1)	1名	4名 (1)	利用者の心身状況等を把握し、必要な介護を行います。
	介護職員初任者 (生活相談員及び通常規模型の生活相談員を兼務)	1名			
機能訓練指導員 (看護職員並びに通常規模型の看護職員及び機能訓練指導員を兼務)	看護師		1名	2名	利用者の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機能訓練を行います。
	准看護師		1名		
調理員 (玉川ホームの調理員を兼務)	調理師	1名		1名	利用者の嗜好等を把握し、食事の提供を行います。

※認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護に必要な職員数です。

【主な職種の職員体制】

職 種	勤 務 体 制(平日)
生活相談員	午前8時15分～午後4時45分 1名
看護職員	午前8時15分～午後4時45分 1名 (機能訓練指導員を兼務)
介護職員	午前8時15分～午後4時45分 2名

(3) 当施設の設備の概要

定 員	12名	浴室	2室(一般浴室・特別浴室)
食堂兼機能訓練室	354.68㎡	送 迎 車	リフト付ワゴン車2台
休 養 室	1室		

※定員は、認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護との合計人数合です。

(4) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日 ～ 金曜日 (祝祭日含む)
営業時間	午前9時30分 ～ 午後3時00分 (送迎時間を除く)
定 休 日	土曜日・日曜日・年末年始(12月31日～1月3日)

3. サービスの内容

①介護予防認知症対応型通所介護計画の立案	利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、介護予防サービス計画に沿って介護予防認知症対応型通所介護計画を作成します。
②食 事	季節感を取り入れ、栄養のバランスに配慮した昼食を提供します。 (昼食時間 正午 ～ 午後1時00分)
③入 浴	一般浴槽又は特殊浴槽に入浴できます。
④介 護	介護予防認知症対応型通所介護計画に沿って下記の介護を行います。 着替え・排泄・食事・入浴等の介助、体位交換、事業所内の移動の付添い等
⑤機能訓練	訓練室にて機能訓練を行います。
⑥生活相談	生活相談員に、看護・介護以外の日常生活に関することも含めて相談できます。
⑦健康管理	看護師又は准看護師が、健康チェックを行います。
⑧レクリエーション	新年会、敬老会、年忘れ会、交流会等の行事を行います。
⑨送 迎	送迎車両2台で送迎を行います。 事業の実施地域は、郡山市です。

4. 料 金

(1)基本料金

①利用料

	1日あたりの自己負担額	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額(※)
要支援1	6,730円	673円 1,346円
要支援2	7,510円	751円 1,502円

(※)利用者負担の割合 料金上段=1割 料金下段=2割

②加算

算定要件を満たしている場合には、次の料金が加算(減算)されます。

サービス内容	1日あたりの 自己負担額	介護保険適用時の 1日あたりの 自己負担額(※)	算定要件
入浴介助加算	500円	50円 100円	入浴介助を行った場合
サービス提供体制強化 加算	180円	18円 36円	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が50% 以上の場合
	120円	12円 24円	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 40%以上の場合
	60円	6円 12円	サービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3 年以上の者の占める割合が30%以上の場合
個別機能訓練加算	270円	27円 54円	希望した利用者に対し、多職種の者が共同して個別機 能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行った場合
若年性認知症利用者 受入加算	600円	60円 120円	若年性認知症利用者に対してサービスを提供した場合 ただし、認知症加算を算定している場合を除く
送迎減算(片道)	▲470円	▲47円 ▲94円	居宅と事業所間の送迎を行わない場合
介護職員処遇改善 加算	①及び②の料金の 10.4%の額= α	αの額の1割 αの額の2割	質の高いサービスを安定的に提供するため、介護職員 の賃金改善に係る計画を作成・実践し、経営の安定化を 図っている場合

(※)利用者負担の割合 料金上段=1割 料金下段=2割

③食 費 500円(全額自己負担)

④その他 行事参加費、日用品(歯ブラシ、歯磨き粉、化粧品、洗顔タオル、バスタオル等)は
自己負担となります。

(2)介護予防認知症対応型通所介護サービス利用の中止

利用者の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。

利用予定日の午前8時15分までにご連絡をいただいた場合	無 料
利用予定日の午前8時15分までにご連絡がなかった場合	350円

以下の事由に該当する場合は、サービスを中止する場合があります。その場合は、必要に応じ家族等又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

- ※利用日の健康チェックの結果、体調が優れないと判断された場合
- ※利用中に体調に変化があった場合
- ※利用者が、事業者やサービス従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。

(3)お支払い方法

介護予防認知症対応型通所介護サービスの利用月ごとに請求をいたしますので、請求日より30日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行いたします。お支払い方法は、現金又は銀行口座振込の2通りの中からご契約の際に選べます。

※保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は当該月の費用を全額お支払いいただきます。お支払いいただきますとサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を市町村の窓口へ提出しますと自己負担額(保険料の負担割合分と食費)を除く金額が払い戻されます(償還払い)。

1. 窓口での現金支払い
2. 下記指定口座への振込(振込手数料については振込者の負担となります。)
金融機関 郡山信用金庫 熱海支店 普通預金 1071534
名 義 社会福祉法人太田福祉記念会太田玉川デイサービスセンター
所 長 國 分 淳 一

5. サービスの利用方法

(1)サービスの利用申込み

まずは、お電話等でお申込みください。利用期間の決定後、契約を締結します。なお、利用の予約は1ヶ月前から受け付けします。

※介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護予防支援事業者とご相談ください。

(2)サービス利用契約の終了

①利用者の都合でサービス利用契約を終了する場合

1 週間の予告期間を置き、文書での申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効になります。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的に契約を終了します。この場合、その後の予約は無効になります。

※利用者が介護保険施設に入所した場合

※利用者が死亡した場合

※介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要支援認定区分が、要介護又は非該当(自立)と認定された場合(この場合予約を有効にしたまま、契約条件を変更して再度契約することができます。)

③その他

利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 30 日以内に支払われない場合、または利用者が事業者やサービス従業者もしくは他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を終了させていただく場合があります。この場合、契約終了 30 日前までに文書で通知いたします。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

また、やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖または縮小する場合、契約を終了させていただく場合があります。この場合、契約終了 30 日前までに文書で通知いたします。

6. 利用にあたっての留意事項

(1) 送迎時間について

通常送迎時間に変更がある場合はご連絡いたします。

(2) 体調の確認について

利用日の朝、熱や血圧等体調の確認をお願いいたします。

(3) 体調不良によるサービスの中止・変更

体調不良によるサービスの中止・変更がある場合は、利用予定日の午前 8 時 15 分までに連絡をお願いいたします。

(4) 敷地内禁煙

敷地内終日禁煙となっております。

7. 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

要支援状態にある利用者に対し、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、適切な通所介護サービスを提供し、利用者の心身機能の維持増進並びにご家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) 運営の方針

① 提供する介護予防認知症対応型通所介護サービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令等の内容に沿ったものとします。

② 人権を尊重し、常に利用者の立場に立った介護予防通所介護サービスを提供します。
また、利用者及び家族等のニーズを的確に捉えた個別の介護予防通所介護計画を作成いたします。

③ 関係市町村、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス・福祉サービスの提供者との綿密な連携に努めます。

8. 緊急時の対応方法

利用者の体調に変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡いたします。

9. 事故発生時の対応方法

万が一利用者に事故等が発生した場合は、事故対応マニュアルに沿って必要な処置を講ずるほか、ご家族や市町村等に速やかに連絡いたします。

10. 損害賠償

介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供にともなって、事業者の責に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して速やかにその損害を賠償いたします。

11. 非常災害対策

- * 災害時の対応 …… 防災マニュアルに沿った避難を行う
- * 防災設備 …… スプリンクラー設備、屋内消火栓、消火器
- * 防災訓練 …… 総合防災訓練 年2回実施
- * 防災責任者 …… 所長 國分淳一

12. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所苦情受付担当

苦情解決責任者 所 長 國 分 淳 一

苦情受付担当者 介護員兼生活相談員 佐藤 博 紀 電話024-984-3844

(受付時間 月曜日～金曜日 午前8時15分～午後4時45分)

(2) 苦情解決第三者委員

直接事業所に申し出できない場合は、当法人苦情解決第三者委員へお申し出下さい。

苦情解決第三者委員 伊 藤 清 郷 電話024-922-2215

齋 藤 ちづ子 電話024-984-4281

(3) その他

上記以外に、市町村等の苦情・相談窓口等でも受け付けております。

郡山市保健福祉部介護保険課 電話024-924-3021

福島県社会福祉協議会内 福島県運営適正化委員会事務局 電話024-523-2943

13. その他運営に関する重要事項

- (1) 職員の資質の向上を図るため研修の機会を設け、各種資格取得を推奨しております。
- (2) 利用者のニーズに適切に応えるため、サービスの自己評価を実施しています。
- (3) 各種ボランティア等を積極的に受け入れ交流の場を提供し、地域住民等との連携を図ります。
- (4) その他、運営に関する重要事項は、社会福祉法人太田福祉記念会の理事会・評議員会で定めます。

14. 当法人の概要

〈法人名称〉 社会福祉法人 太田福祉記念会

〈代表者名〉 理事長 太 田 宏

〈法人所在地〉 福島県郡山市熱海町玉川字阿曾沢11番地1

〈電話番号〉 024-994-0888

〈インターネット〉 URL <http://www.ohta-fukushi.or.jp>

〈定款の目的に定めた事業〉

- | | |
|-------------------------|------------------|
| (1) 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設) | (5) 訪問介護事業 |
| (2) 短期入所生活介護事業 | (6) 通所介護事業 |
| (3) 地域支援・介護予防支援事業 | (7) ケアハウス事業 |
| (4) 居宅介護支援事業 | (8) その他これに付随する業務 |

〈施設・事業所〉

- | | |
|-------------------------|-----|
| (1) 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設) | 2カ所 |
| (2) 短期入所生活介護事業所 | 2カ所 |
| (3) 地域包括支援センター | 1カ所 |
| (4) 居宅介護支援事業所 | 1カ所 |
| (5) 訪問介護事業所 | 1カ所 |
| (6) 通所介護事業所 | 3カ所 |
| (7) ケアハウス | 1カ所 |

平成 年 月 日

介護予防認知症対応型通所介護サービスの利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基
いて重要な事項を説明いたしました。

〈 事 業 者 〉 所 在 地 福島県郡山市熱海町玉川字阿曾沢11番地1
名 称 社会福祉法人 太田福祉記念会
太田玉川デイサービスセンター
代 表 者 名 所 長 國 分 淳 一 印

〈 説 明 者 〉 職 氏 名 _____ 印

私は契約書及び本書面により、事業者から介護予防認知症対応型通所介護サービスについて、重要事
項の説明を受けました。

〈 利 用 申 込 者 〉 氏 名 _____ 印

〈 家 族 ・ 代 理 人 〉 氏 名 _____ 印

フェイスシート

平成 年 月 日

利用者氏名 _____

○主治医

病院又は診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	()

○第1緊急連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話番号	()		
勤務先等			

○第2緊急連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話番号	()		
勤務先等			

○第3緊急連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話番号	()		
勤務先等			

備考

備考
