介護予防・
日常生活支援総合事業サービス
重要事項説明書

社会福祉法人　友和会

サン・シティ指定通所介護事業所

介護予防・日常生活支援総合事業サービス　重要事項説明書

１．事業の目的と運営方針

要支援認定又は基本チェックリストに該当した方に対し、適正な通所介護を提供することにより、心身状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

２．法人の概要

法人名称	：	社会福祉法人　友和会
法人所在地	：	山形県酒田市曙町二丁目26番地の1
電話番号	：	０２３４－２６－７７８８
ＦＡX番号	：	０２３４－２６—７７９０
法人設立	：	平成３年　５月

３．事業者の内容

⑴　事業所名　：　サン・シティ指定通所介護事業所

事業所名	：	サン・シティ指定通所介護事業所
指定番号	：	0670800176
所在地	：	山形県酒田市曙町二丁目28番地の５
管理者の氏名	：	島野　貴行
電話番号	：	０２３４－２６－７７７０
ＦＡX番号	：	０２３４－２６－６１６０
サービスを提供する地域	：	酒田市

⑵　事業所の従業者体制

	職務の内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	１名	－	１名
生活相談員	生活相談及び指導	４名	－	４名
看護師又は准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	１名	１名	２名
介護職員	介護業務	７名	１名	８名
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	１名	１名	２名

※　職種の兼務あり

⑶　設備の概要

〇食堂　　　　　　　　　　　　１室

　利用者の全員が使用できる充分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

〇機能訓練室　　　　　　　　　１室

　利用者が使用できる充分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

〇その他の設備

　設備としてその他に、静養室・相談室・事務室等を設けます。

⑷　定員及び営業時間帯

	定員	営業時間帯	
月～土曜日	30名	午前8時00分 ～ 午後6時00分	
＊サービス提供時間		午前9時30分 ～ 午後3時30分	（送迎に係る時間帯を含みません）

休業日：日曜日及び年末年始（12月31日～1月1日）

４．サービスの内容

＊現行相当：概ね6か月で自立した生活ができるような、専門的な機能回復訓練(6か月評価)など

＊緩和した基準によるサービス（Ａ型）：交流、アクティビティなど

⑴　送迎

①　送迎車により、事業所と自宅との間を行います。

②　営業時間内での送迎を行います。

③　送迎の時間指定については、送迎ルートの事情により対応できない場合があります。

⑵　食事

　昼食を提供いたします。

⑶　入浴

　見守りにより、入浴介助をいたします。(午前のみとなります)

⑷　機能訓練

　機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行います。

⑸　生活相談

　事業者の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

⑹　レクリエーション

①　様々な行事やレクリエーション活動を実施します。

②　行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

⑺　排泄

　見守りにより、排泄介助をいたします。

5．利用料金

⑴　介護保険の適用を受けるサービス（介護保険負担割合証に記載の割合に応じた自己負担額）

⑵　介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）

⑶　その他の費用（全額自己負担）

■介護報酬告示額

⑴　基本料金

【現行相当】

区　　分		自己負担額
通所型サービス費（独自）11	月額(週に１回程度)	1,７９８円
通所型サービス費（独自）12	月額(週に２回程度)	3,６２１円
サービス提供体制強化加算Ⅰ１	月額	８８円
サービス提供体制強化加算Ⅰ２	月額	176円
サービス提供体制強化加算Ⅱ１	月額	72円
サービス提供体制強化加算Ⅱ２	月額	144円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）　　１月につき所定単位数の9，２%に応じた負担額 ※その他の加算が適用される場合は、別途説明いたします。		

【緩和した基準によるサービス（A型)】

区　　分		自己負担額
通所型サービス費（A型）Ⅰ	１回（週に１回程度）	５６７円
通所型サービス費（A型）Ⅱ	１回（週に２回程度）	５７４円
介護職員処遇改善加算	１回	26円

※自己負担割合が２割の方は、表示額に２を乗じた額となります

※自己負担割合が３割の方は、表示額に３を乗じた額となります

■その他の費用

⑴　食事の提供に要する費用　　６８０円／日

⑵　入浴介助（緩和した基準によるサービス（A型）対象者のみ）　４００円／日

⑶　特別なレクリエーションの費用　　実費　（事前に説明し、了承を得た上で費用徴収します）

■支払方法

前月分の自己負担額（利用料金）をその翌月の末日までお支払下さい。但し、口座振替を利用する場合の引き落とし日は、請求月の翌月5日（休業日にあたるときは翌営業日）となります。

〇支払方法　・口座振替　預金口座振替依頼書を作成していただきます。

・現金支払　施設事務局まで持参願います。

・振込支払　振込先：荘内銀行　新橋支店　口座番号　１７４６５４

口座名：社会福祉法人　友和会　サン・シティ指定通所介護事業

６．サービス利用に当たっての留意事項

①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。

②利用者の体調不良が確認された時点でサービス内容の変更もしくはサービスを中止する場合があります。

③利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。

④事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。

⑤従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

⑥送迎予定時間を事前にお知らせしますが、交通事情、天候等により到着時間が前後する場合がありますのでご了承願います。

⑦利用当日に食事をキャンセルした場合は、食費を請求させていただく場合があります。

⑧サービス内容の変更については、申し出により担当の相談員と連携し随時対応します。

７．非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年２回利用者及び従業者の訓練等を行います。

８．感染症の予防及びまん延の防止のための措置

施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように以下の措置を講じます。

① 感染症対策委員会の開催

② 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備

③ 感染症の予防及びまん延防止のための訓練及び研修の実施

④ 前3号を適切に実施するための担当者の配置

9. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医等への連絡等必要な措置を講じます。緊急の場合には、別紙「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に、連絡します。

10. 業務継続に向けた取組み

感染症や自然災害等が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービスを受けられるよう、業務継続計画を策定し、定期的な見直しや当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

11．事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12．守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

13．利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため従業者教育を行い取り組みます。

14．身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、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について記録します。

15．虐待の防止

施設は虐待の未然防止、早期発見、その再発を防止するために迅速かつ適切に対応できるよう以下の措置を講じ、利用者の人権を擁護していきます。

① 虐待防止委員会の開催
② 高齢者虐待防止のための指針の整備
③ 虐待防止研修の実施
④ 前3項を適切に実施するための担当者の配置

16．苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご相談窓口担当者：生活相談員
ご利用時間：月～土曜日　8時３０分～１７時３０分
ご利用方法：電話（0234-26-7770／26-7788）または、施設にて対応します。

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

酒田市健康福祉部高齢者支援課介護給付係

所在地：酒田市本町二丁目２番４５号　酒田市役所１階
電話番号：0234-26-5363

山形県国民健康保険団体連合会介護保険課介護サービス推進室
所在地：寒河江市大字寒河江字久保6番地
電話番号：0237-87-8006

17. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

18. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡等必要な措置を講じます。なお、緊急の場合には、以下にご記入いただいた連絡先に連絡します。

○　主治医

医療機関名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（電話）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　緊急時のご家族等連絡先

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（電話）＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　　年　　　月　　　日

介護予防・日常生活支援総合事業サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>
所在地　　　山形県酒田市曙町2丁目28番地の5
事業所名　　サン・シティ指定通所介護事業所
（指定番号　0670800176）
管理者名　　島　野　貴　行　　　　　印

説明者　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　　　年　　　月　　　日

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>
住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

<利用者代理人（選任した場合）>
住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印（続柄　　　　　）