

社協デイサービスセンター清武介護予防型通所サービス 重要事項説明書

1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 宮崎市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 宮崎県宮崎市花山手東3丁目25番地2
- (3) 電話番号 0985-52-5131
- (4) 代表者氏名 会長 佐山 幸二
- (5) 設立年月 昭和41年11月30日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 第1号通所事業

平成22年3月23日指定 宮崎県4571500299号

- (2) 事業所の目的

社協デイサービスセンター清武が行う第1号通所事業（以下「事業」といいます。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び機能訓練指導員、看護師、准看護師等の看護職員、介護職員（以下「従業者」といいます。）が、要支援者又は事業対象者である利用者（以下「利用者」といいます。）に対し、介護予防型通所サービスを提供することを目的とします。

- (3) 事業所の名称 社協デイサービスセンター清武
- (4) 事業所の所在地 宮崎県宮崎市清武町西新町8番地6
- (5) 電話番号 0985-64-5320
- (6) 管理者氏名
- (7) 当事業所の運営方針

- ① 事業所の従業者は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、食事の提供その他の日常生活上の世話と機能訓練を行います。

② 事業の実施に当たっては、宮崎市及び地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(8) 開設年月 平成22年3月23日

(9) 利用定員 30人

3 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

宮崎市の全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金	ただし、年始年末（12月29日～1月3日）を除く
受付時間	月～金	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間	月～金	午前9時30分～午後3時50分
サービス提供区分	月～金	5時間～7時間

4 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して介護予防型通所サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞

職 種	勤 務 体 制
1 管理者	1 名（兼務）
2 生活相談員	1 名（専従）
3 看護職員	1 名以上（兼務）
4 介護職員	1 名以上（非常勤含む）
5 機能訓練指導員	1 名以上（兼務）

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1 生活相談員	勤務時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5
2 看護職員	勤務時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5
3 介護職員	勤務時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5

5 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（自己負担額にみあった額）が第1号事業給付費から給付されます。

<サービスの概要>

① 入 浴

入浴又は清拭を行います。

② 排 泄

利用者の排泄の介助を行います。

③ 運動機能向上訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

<サービス利用料金（1回あたり）> （契約書第6条参照）

下記の料金表によって、利用者の状態に応じたサービス利用料金から第1号事業給付費を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（上記サービスの利用料金は、利用者の状態に応じて異なります。）

☆ 市町村が定める給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

(2) 事業の給付対象とならないサービス（契約書第5条 第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の提供

当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただく事を原則としています。

② 通常の事業実施地域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用を負担していただきます。

③ 複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合は申し出てください。

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

おむつ代等

☆ おむつ代は実費負担となります。

【 利用料金内訳 】

(基本料金)

	1 割負担	2 割負担
要支援 1	1, 7 9 8 円	3, 5 9 6 円
要支援 2	3, 6 2 1 円	7, 2 4 2 円

(サービス提供体制強化加算Ⅰ)

	1 割負担	2 割負担
要支援 1	8 8 円	1 7 6 円
要支援 2	1 7 6 円	3 5 2 円

- ① 3割負担の場合は、1割負担の概ね3倍の額になります。
- ② 基本料金及びサービス提供体制強化加算の利用料金は1か月ごとの料金になります。
- ③ 休まれた時の返金はありません。
- ④ 入浴料金、送迎の料金は基本料金に含まれます。
- ⑤ 食事料金は1食ごとに450円をお支払いください。
- ⑥ 通常の事業実施地域外への送迎については、通常の事業実施地域を超えたところから、片道分1Kmごとに35円で計算した額の送迎費用をお支払いください。
- ⑦ チェックリストで生活機能の低下が認められない場合は、従前の認定のレベルとなります。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（2）の料金・費用は、原則として銀行振替にてお支払いください。なお、お支払い方法に関してはご相談を承ります。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

利用予定日の前に、利用者の都合により、介護予防型通所サービスの利用を中止もしくは変更または新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

① キャンセル等に関する規定

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。

ア 病院受診等で遅れてくるという連絡をいただき、最終的に利用がなかった場合

450円

イ 体調不良により、午前中に早退された場合 450円

※ 体調不良により昼食を食べられなかった場合でも、昼食を準備させていただいた場合は昼食代を請求させていただきます。

② 利用時の体調不良等に関する対応

風邪や嘔吐下痢、その他の感染の恐れのある病気の際は、利用をお断りすることがあります。

ア インフルエンザ・嘔吐下痢については、利用者家族が感染したら３日休み、利用者本人に感染したら５日休みとし、症状が治まってから利用してください。

イ 当日の健康チェックの結果、体調不良の場合にはサービスを変更することがあります。また、病院受診が必要と考えられる場合はサービスを中止することもあります。その際は、ご家族に連絡するとともに、必要に応じて速やかに主治医に連絡をとる等、適切な対応を行います。

- ③ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

次の場合は利用の受け入れをお断りすることがあります。

ア 病院受診で遅れて利用される際、午前中に来所できないとき。

イ 病院受診等の理由により、午前中のうちに早退される希望があるとき。

ウ その他、利用時間が３時間未満になると予測されるとき。

6 苦情の受付について（契約書第１４条参照）

（１） 苦情相談窓口

- ① 苦情受付担当者 事業課長
- ② 受付時間 毎週月曜日～金曜日 ８：３０～１７：１５
- ③ 電話番号 ０９８５－５２－５１３１
- ④ 苦情解決責任者 事務局長

（２） 当事業所における苦情相談窓口

- ① 苦情相談受付窓口（担当者） 管理者
- ② 受付時間 毎週月曜日～金曜日 ８：３０～１７：１５
- ③ 電話番号 ０９８５－５５－６２０７

(3) 行政機関その他苦情受付期間

宮崎市役所 介護保険課	所在地	宮崎市橘通西1丁目1番1号
	電話番号	0985-21-1777
	受付時間	毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会	所在地	宮崎山下原町231-1
	電話番号	0985-35-5301
	受付時間	毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15

(4) 第三者評価の実施について

本事業においては、第三者評価の実績はなし。

7. 虐待の防止

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従事者に周知徹底
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施

前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置 担当者名

8. 事故発生時の対応

事業所は、利用者に対する事業提供により事故が発生した場合は、保険者、当該利用者の家族、当該利用者に係る介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとする。

利用者に対する事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償をすみやかに行うものとする。

令和 年 月 日

介護予防型通所サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 宮崎市社会福祉協議会

社協デイサービスセンター清武

説明者 職 名

氏 名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防型通所サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名

印

家族代表者又は代理人 住 所

続 柄

氏 名

印