

指定通所介護事業所「デイサービスセンター ラ・ファミリー」重要事項説明書

社会福祉法人日親会 ラ・ファミリー

令和8年6月1日以降用

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(愛媛県指定介護保険事業所3870201278)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護指定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 日親会
- (2) 法人の所在地 愛媛県今治市菊間町浜1453番地1
- (3) 電話番号 0898-54-5678
- (4) 代表者氏名 理事長 渡部 恭彰
- (5) 設立年月日 平成15年8月28日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成16年11月18日指定
- (2) 事業所の目的 当事業所は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練（以下「サービスの提供」という。）を行うことにより、利用者の心身の機能並びに、利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
- (3) 事業所の名称 指定通所介護事業所「デイサービスセンター ラ・ファミリー」
- (4) 事業所の所在地 愛媛県今治市菊間町浜1453番地1
- (5) 電話番号 0898-54-5678
- (6) 事業所長（管理者）氏名 渡部 恭彰
- (7) 事業所の運営方針 当事業所は、サービスの提供にあたり利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場にたったサービスの提供に務め、利用者との信頼関係を基礎とした人間関係の確立を図り利用者の主体性の尊重とその家族との交流を目指すものとします。
- (8) 開設年月日 平成16年11月18日
- (9) 利用定員 30人

3. 事業実施地域及営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 今治市、松山市、ただし旧菊間町、旧大西町、旧波方町、

旧今治市、旧玉川町、旧朝倉村、旧北条市とする。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで(12月31～1月3日を除く)
営業時間	8:00～17:00
サービス提供時間	9:00～15:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護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。

従業者の職種	人数等
管理者 ・事業所の業務の管理及び通所介護を行なう。	1人以上
生活相談員 ・生活相談業務、市町村、居宅介護支援事業者及び各サービス事業者等との連絡調整並びに事務処理を行う。	1人以上
看護職員 ・利用者の看護を行う。	1人以上
機能訓練指導員 ・利用者の機能訓練指導を行う。	1人以上
介護職員 ・利用者の介護を行う。	4人以上

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

介護保険の給付対象となるサービスと介護保険の給付対象とならないサービスがあります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①入浴

*身体状況に応じて一般浴、機械浴で入浴することができます。体調によっては清拭にて対応します。

②排泄

*ご契約者の排泄の介助を行います。

③機能訓練

*機能訓練指導員により、ご契約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又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)〉

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担)をお支払い下さい。(下記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

*別途、介護職員処遇改善加算費(Ⅱ)(所定単位数の10.9%)を申し受けます。

時間 介護度	4～5時間 基本料 (自己負担金)	5～6時間 基本料 (自己負担金)	6～7時間 基本料 (自己負担金)
入浴介助加算(Ⅰ)	40 円		
要介護 1	388 円	570 円	584 円
要介護 2	444 円	673 円	689 円
要介護 3	502 円	777 円	796 円
要介護 4	560 円	880 円	901 円
要介護 5	617 円	984 円	1,008 円

* ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)

* 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金のご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食事の材料の提供(食材料費)

ご契約者に食事の提供に要する費用です。

料 金 : 1回当たり700円(おやつ含む)

②レクリエーション・クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金: 材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、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には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代 : 実費

その他 : 実費

(3) 利用料金のお支払い方法

上記(1)、(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用料の受領に関わる領収書等については、翌月の請求書に同封させていただきます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)に、御指定された口座より引き落とします。

銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、下記の口座にお振り込みください。 愛媛銀行 菊間支店 普通口座 1043307
--------	--

（４）利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更もしく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所に申し出て下さい。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合取消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の５０％（自己負担相当額）

- 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契約者の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契約者に提示して協議します。

６．苦情の受付について

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- * 苦情受付窓口 （担当者）
管理者 渡部 恭彰
- * 苦情解決責任者
施設長 渡部 恭彰
- * 受付時間 毎週月曜日～土曜日 ８：００～１７：００
TEL ０８９８－５４－５６７８

（２）行政機関その他苦情受付機関

苦情受付機関 (対応可能日時・ 土日祝祭日及び 12/29～1/3を除く 8:30～17:15)	今治市高齢介護課	電話番号 ０８９８－３６－１５２６
	松山市介護保険課	電話番号 ０８９－９４８－６８４０

７．事故発生時の対応

- （１）サービスの利用により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- （２）サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

８．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名	
---------	---------------	--

	所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

9. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施

11. 虐待防止について

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者 主任・阿部 緑
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要項目の説明をおこないました。

指定通所介護事業所 デイサービスセンター ラ・ファミーユ

説明者職名 _____ 氏名 _____

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

代理人

住 所 _____

続柄 _____ 氏 名 _____