

社会福祉法人ひょうご聴覚障害者福祉事業協会 ふくろうの杜デイサービス

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス重要事項説明書

利用者（またはご家族）が利用しようと考えている介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからぬこと、わかりにくいくらいがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 当事業所の法人概要について

法人名称：社会福祉法人ひょうご聴覚障害者福祉事業協会
所 在 地：兵庫県洲本市中川原町中川原字東山 28 番地 1
連 絡 先：Tel 0799-25-8550 Fax 0799-25-8551
代表者（役職・氏名）：理事長 小林 泉
設立年月日：平成 16 年 9 月 17 日
主な事業内容：老人福祉事業

2 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスを提供する事業所について

事業所名称：ふくろうの杜デイサービス
所 在 地：兵庫県神戸市長田区神楽町 5 町目 3 番 14-1 号
連 絡 先：Tel 078-798-7940 Fax 078-798-7941
事業所の指定番号：2890600287
事業開始時期：令和 2 年 12 月 1 日
実施地域：神戸市
営業日：月、火、水、金、土（但し 8/13~8/15、12/29~1/3 は休業日）
営業時間：8：30～17：30（通所型サービスご利用時間は 9:25～15:40）
定員：10 名
担当者：松本 志穂

3 事業の目的及び運営の方針

ア) 事業の目的

社会福祉法人ひょうご聴覚障害者福祉事業協会が開設するふくろうの杜デイサービス（以下「事業所」とする）は要介護状態にある利用者が、その

有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスを提供することを目的とします。

イ) 運営方針

事業所は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保険・医療・福祉サービス等と連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービス提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

介護予防・日常生活支援総合事業は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5 当事業所の従業員について

職種	員数	業務内容
管理者	常勤兼務 1名	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。
生活相談員	常勤兼務 1名 非常勤専従 1名	適切なサービスを提供できるようにするとともに職員に必要な指導を行います。
介護職員	常勤兼務 1名 非常勤専従 1名 非常勤兼務 2名	直接的な介護・訓練を行います。
機能訓練指導員	非常勤兼務 4名	日常生活上の機能訓練を行います。
看護職員	非常勤兼務 4名	健康管理を行います。
管理栄養士	非常勤兼務 1名	栄養改善サービスを行います。
運転手	非常勤兼務 5名	送迎を行います。

6 サービス内容

利用者が次の中から選択されたサービスを、指定の時間帯に応じて提供します。なお、サービス提供に当たっては、「介護予防サービス個別計画書」に沿って、計画的に提供します。

* 食事 利用者の身体の状況を考慮した食事提供を行います。

また、身体の状況に応じて必要な介助を行います。

* 排泄介助 利用者の身体の状況に応じて、必要な排泄の介助を行います。

* 機能訓練 集団的に心身の機能維持のための運動を行います。

* 送迎 利用者のご自宅まで送迎します。

送迎を行わない場合、片道 47 単位減算

* レクリエーション

利用者の身体状況を考慮し、簡単なゲームや季節の行事などを取り入れ、他者との交流を図り、ひとりひとりが活動する喜びや楽しさを感じられるレクリエーションを行います。

7 利用料

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の利用料

① 基本部分：以下の表は、1割負担の方（介護保険負担割合証に基づいて）の利用代です。2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍になります。

要支援 1	1,895 円/月 週 1 回利用
要支援 2	1,895 円/月 週 1 回利用
要支援 2	3,816 円/月 週 2 回利用
送迎なし	—49 円/片道につき

② 加算料金

サービス提供強化加算 I 要支援 1	92 円/月
サービス提供強化加算 I 要支援 2	185 円/月
科学的介護推進体制加算	42 円/月
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数の 9.2%/1 月

③その他の料金

食費等 (※1)、	600 円/1 回
オムツ代	50 円/ 1 枚 パット代 30 円/1 枚
レクリエーション等	実費

(※1) 行事食の場合は実費相当分を負担していただきます。

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

8 利用料、その他の費用支払い時期と支払方法について

利用料、その他の費用の支払いは 1 か月ごとにまとめて翌月 15 日前後に請求しますので、直接事業所へお支払い下さい。
ご利用時に、送迎職員にお渡しください。後日、領収書をお渡しします。

9 サービス利用をキャンセルされる場合

サービス利用をキャンセルされる場合は前日 17:30 まで（土日・祝祭日の場合は前々日 17:30 まで）にご連絡ください。

10 事業所の債務について

(1) 介護予防サービス 個別計画書について

- 当事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の「介護予防サービス・支援計画表」に沿った「介護予防サービス 個別計画書」を作成し、利用者に説明した上でこれに従って、計画的にサービスを提供します。
- 当事業所は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合で、その変更が「介護予防サービス・支援計画表」の範囲内で可能な時は、速やかに「介護予防サービス 個別計画書」の変更等の対応を行います。
- 当事業所は、利用者が「介護予防サービス・支援計画表」の変更を希望される場合は、速やかに介護支援事業者の連絡調整等の支援を行います。

(2) 居宅サービスの提供内容の記録について

- ・サービス提供した日時、内容等について当事業所で使用する連絡ノート等に必要事項を記入して、利用者又はご家族の確認をうけます。
- ・利用者に提供したサービス提供の記録は、利用者の要介護認定等の満了日から 5 年以上保管します。記録については、利用者とそのご家族に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。

11 緊急時の対応

体調の変化や事故の発生時

サービスの提供中に、利用者に緊急の事態が発生した場合、主治医に連絡し、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行い必要な措置を講じます。また事故が発生した場合も同様に、速やかに必要な連絡先に連絡し、措置を講じます。

悪天候・災害発生時

サービス提供中に、悪天候（警報等）や災害が発生した場合、利用時間内であっても、事前にご家族に連絡し、安全が確認できる状態でお帰りいただきます。

12 苦情申し立ての窓口

事業所の窓口・担当者	ふくろうの杜デイサービス 所在地：兵庫県神戸市長田区神楽町5丁目 3番14-1号 電話番号：078-798-7940 FAX番号：078-798-7941 受付時間：9:00~17:00 ※木・日」8/13~8/15、12/29~1/3を除く 担当者：松本・三谷
市町村（保険者）の窓口	神戸市福祉局 監査指導部 所在地：神戸市中央区加納町6丁目5番1号 電話番号：078-322-6326 FAX番号：078-322-6762 受付時間：平日 8:45~12:00 13:00~17:30
公的団体の窓口	兵庫県国民健康保険団体連合会 所在地：神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号：078-332-5617 FAX番号：078-332-5650 受付時間：8:45~17:15

13 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容態の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できるだけ早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

14 重要事項を説明した年月日

令和　　年　　月　　日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明し、本書面を交付しました。

<事業者>　　所在地　　兵庫県洲本市中川原町中川原字東山 28 番地 1
　　　　　　　　名 称　　社会福祉法人ひょうご聴覚障害者福祉事業協会

<事業者>　　所在地　　神戸市長田区神楽町 5-3-14-1
　　　　　　　　名 称　　地域密着型通所介護ふくろうの杜デイサービス
　　　　　　　　管理者　　松本　志穂

説明者
場 所

私は、本書面により事業者から重要な事項の説明を受け、同意し、本書面を受理しました。

<利用者>
住所

氏名

<代理人>
住所

氏名