

デイサービス 笑歩会 大洲
通所型サービス
重要事項説明書
【大洲市】



株式会社アコンプリシー
「デイサービス 笑歩会 大洲」
愛媛県大洲市徳森字小鳥越 2 6 3 2 番地 3
T E L 0893-25-5005
F A X 0893-25-5006

「デイサービス 笑歩会 大洲」

通所型サービス 重要事項説明書

1. 事業の目的

通所型サービスは、事業対象者及び要支援状態の者に対し、介護保険関係法令で定める通所型サービス（以下「サービス」という。）を提供し、利用者がその有する能力に応じて、可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

2. 運営の方針

サービスの提供にあたっては、事業所の従業者は、事業対象者及び要支援状態の心身の特性を踏まえて、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、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の心身的及び精神的負担の軽減を図ります。事業の実施にあたっては、市、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ます。

3. 事業者の概要

名 称	株式会社アコンプリシー		
主たる事務所の所在地	愛媛県松山市朝生田町六丁目 2 番 5 号		
法人種別	株式会社		
代表者氏名	代表取締役 末廣 英誉		
電話番号	089-921-0201	F A X 番号	089-921-0255

4. 事業所の概要

サービスの種類	通所型サービス		
事業所の名称	デイサービス 笑歩会 大洲		
事業所番号	38A0700041		
所在地	愛媛県大洲市徳森字小鳥越 2 6 3 2 番地 3		
電話番号	0893-25-5005	F A X 番号	0893-25-5006
利用定員	2 4 名		
通常の事業の実施地域	大洲市		
事業開始年月日	令和 6 年 7 月 1 日		

5. 従業者の配置

管 理 者 業務を統括し、従業者等の管理及び業務の管理を一元的に行う	1 人
生活相談員 ケアマネジャーとの連絡調整、家族との連絡調整、介護補助等	1 人以上
看 護 職 員 健康管理、機能訓練補助、介護補助等	1 人以上
機能訓練指導員 心身の状況に応じ、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訓練指導・助言を行う	1 人以上
介 護 職 員 送迎、レクリエーションの計画・準備・実施、食事介助、入浴介助等	3 人以上

6. 営業日と営業時間、サービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8:30～16:30（サービス提供時間：9:00～16:00）
休業日	日曜日及び年末年始（12/31～1/2）

7. 主となるサービスの内容

サービスは、介護予防サービス計画に基づき、当事業所が利用者及びその家族等の同意の下作成した「通所型サービス個別計画」に基づいて行います。但し、緊急を要する場合にあっては、「通所型サービス個別計画」の作成前であってもサービスを利用することができます。サービスの内容は以下の通りです。

① 身体介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援サービスを提供します。

排泄、移動・移乗、その他必要な身体の介助を行います。

② 入浴に関すること

家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。

衣類の着脱、身体の清拭、洗身洗髪、整容、その他必要な入浴の介助を行います。

③ 食事に関すること

給食を希望される利用者に対して、必要な食事のサービスを提供します。

食事の準備、配膳下膳、食事摂取、その他必要な食事の介助を行います。

④ 機能訓練に関すること

体力の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作能力を維持するための訓練を行います。

⑤ レクリエーション

利用者が、生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、レクリエーションを実施します。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持、回復や情緒の安定を図ります。

⑥ 送迎に関すること

サービスの利用にあたり、送迎を必要とされる利用者に対して、送迎サービスを提供します。

送迎車両には従業者が添乗し、移動、移乗等の必要な介助を行います。

⑦ 相談・助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

※ 各々のサービス内容や、その実施方法等の詳細につきましては、従業者までお気軽にお尋ねください。

8. 利用料金

① 介護保険給付対象サービスのサービスに要する費用

サービスに要する費用は、介護保険関係法令に基づき市長が定めた額とし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、サービス費用の利用者の負担割合に応じた額とします。

内容		サービス費用	利用者負担額		
自己負担割合			1 割	2 割	3 割
通所型サービス費	事業対象者・要支援 1	① 1 月当たりの回数を定める場合（1 回につき）	4,360 円／回	436 円／回	872 円／回
		② 1 週当たりの標準的な回数を定める場合（1 月につき）	17,980 円／月	1,798 円／月	3,596 円／月
	事業対象者・要支援 2	③ 1 月当たりの回数を定める場合（1 回につき）	4,470 円／回	447 円／回	894 円／回
		④ 1 週当たりの標準的な回数を定める場合（1 月につき）	36,210 円／月	3,621 円／月	7,242 円／月
同一建物減算	事業対象者・要支援 1		－3,760 円／月	－376 円／月	－752 円／月
	事業対象者・要支援 2		－7,520 円／月	－752 円／月	－1,504 円／月
	上記①・③算定の場合		－940 円／回	－94 円／回	－188 円／回
	事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通うものに対し減算。ただしやむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して、送迎を行った場合はこの限りでない。				
若年性認知症受入加算		2400 円／月	240 円／月	480 円／月	720 円／月
		若年性認知症利用者に対して通所型サービスを行った場合に算定			
送迎減算			－470 円／片道	－47 円／片道	－94 円／片道
	上記②算定の場合	を限度	－3,760 円／月	－376 円／月	－752 円／月
	上記④算定の場合	を限度	－7,520 円／月	－752 円／月	－1,504 円／月
	（居宅と事業所との間の送迎を行わない場合、同一建物減算の対象とならない場合のみ）				
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	要介護度別のサービス利用料金とサービス加算料金の合計に 99/1000 を乗じたもので算定。 （介護職員等の賃金改善等を実施しているものとして指定権者に届け出ている）				

② 介護保険給付対象外サービスの利用料

食事代	昼食：540 円 おやつ：162 円
利用者の嗜好に応じた特別な食事	ご飯多め（180g）・パン変更：20 円／回 ごはん大盛り（230g）：40 円／回
おむつ代等	実費
通常の事業の実施地域を越える場合の交通費	通常の事業の実施地域を越えた場合、越えた地点から、片道 1km につき、20 円
レクリエーション費用	参加希望の方のみ実費

③ 利用者負担金

事業対象者及び要支援認定を受けている方は、前記①の利用者の負担割合に応じた額をお支払いいただきます。（消費税は課税されません。）但し、介護保険関係法令に基づき市が定めた支給限度額の範囲を超えた分に関しては、全額自己負担（前記①の基本料金）となります。前記②の「介護保険給付対象外サービスの費用」は、全額自己負担となります。

9. キャンセル

利用者の都合により、サービスのキャンセルをした場合は、下表の料金をいただきます。
(ただし、包括報酬の場合を除く。)

① サービス利用日の前営業日の 17 時までに連絡をいただいた場合	無料
② サービス利用日の前営業日の 17 時までに連絡がなかった場合	利用料の利用者負担割合に応じた額

※ 利用者の容態急変、且つやむを得ない場合のキャンセル料はいただきません。

※ 上記②について、利用者の都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については、キャンセル料を、協議の上変更します。

10. お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、事業者が定める期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、原則として口座引き落としとさせていただきます。尚、口座引き落とし以外でのお支払いについては、事業者の従事者までご連絡ください。

※ 前記は「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。

11. サービスの利用にあたっての留意事項

(1) 送迎の予定時間は、交通事情により、前後することがあります。

(2) サービスの提供上必要な場合(※)を除いて、利用者の現金・預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他有価証券等をお預かりすることや、保管されている場所をお聞きすることは一切ございません。

(※) レクリエーションにおける、買物代行サービス及び買物同行サービスを行うにあたって、小額の現金をお預するケースはございますが、その際には、利用者又はその家族に、必ずその場で金額等のご確認とご了承をいただきます。

12. 緊急時の対応

主治医・家族等、緊急時の連絡先は予め担当の従業者により確認させていただきます。

サービス提供中に、利用者の容態の急変等があった場合には、下記の連絡先及び介護予防支援事業所等へ速やかに連絡いたします。

主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族)	氏 名 (続柄)	
	住 所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	

13. 事故発生時の対応

(1) 事業者は、利用者に対するサービスの提供の際、事故が発生した場合には速やかに市、利用者の家族、介護予防支援事業所等に連絡し、必要な措置を講じます。

(2) 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行います。

(3) 事業者は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。その損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入します。

14. サービス相談窓口、及び苦情申し立て窓口

① サービスのご利用に関わる相談、苦情、要望、事故発生等の受付窓口は以下の通りです。

	窓 口 名	住 所	電話番号	FAX番号	受付時間
1	ディサービス 笑歩会 大洲 担当者：管理者	大洲市徳森字小鳥越 2632 番地 3	0893-25-5005	0893-25-5006	8:30 ～ 17:30 (月～金)
2	大洲市役所 高齢福祉課	大洲市大洲 690 番地の 1	0893-24-1714	0893-24-0961	8:30 ～ 17:15 (土日祝日を除く)
3	愛媛県福祉サービス運営適 正化委員会	松山市持田町三丁目 8 番 15 号 愛媛県総合社会福祉 会館内	089-998-3477	089-921-8939	9:00～12:00 13:00～16:30 (土日祝日を除く)

② 苦情・事故対応時の基本手順

- (1) 苦情・事故の受付
- (2) 苦情・事故内容の確認
- (3) 苦情・事故解決責任者(管理者)への連絡
- (4) 苦情・事故解決に対する対応に関し、利用者及びその家族へ事前説明を行い、同意を得る
- (5) 苦情・事故解決に対する対応の実施
- (6) 再発防止又は改善の措置
- (7) 苦情・事故解決結果を、利用者及びその家族に報告し、同意を得る
- (8) 苦情・事故解決責任者(管理者)への最終報告

※ 苦情・事故受付担当者及び苦情・事故解決責任者：管理者

15. 第三者評価の実施状況

実施の有無：なし

実施した直近の年月日：なし

実施した評価機関の名称：なし

評価結果の開示状況：なし

16. 損害賠償について

- (1) 事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者又はその家族等の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内において、その損害を賠償します。
- (2) 利用者又はその家族等の責めに帰すべき事由により事業所の従業員の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内において、その損害賠償を請求される場合があります。

17. 身体的拘束等の適正化について

- (1) 事業者は、サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- (2) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、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かった理由を記録しなければならない。

18. 虐待の防止のための措置について

事業者は、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、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) (1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を設置します。

19. 個人情報の保護について

- (1) 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切に取扱います。
- (2) 事業者が得た利用者及びその家族の個人情報については、事業所でのサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者及びその家族及び代理人の同意を得ます。
- (3) 従業者は業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持します。
従業者であった者に、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

20. 非常災害対策について

- (1) 事業所は、非常災害が発生した場合における利用者の安全の確保のための体制、避難の方法等を定めた計画を策定し、事業所の見やすい場所に掲示します。
- (2) 事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行うものとします。

21. その他運営についての重要事項について

- (1) 事業者は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務体制を整備します。
 - ①採用時研修 現場において研修を受け、継続研修により実施
 - ②継続研修 年間計画により実施
- (2) 事業者は、通所型サービス個別計画、提供した具体的なサービス内容等の記録、市町への通知に係る記録、苦情の内容の記録、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録等を整備し、サービスの完結の日から5年間保管します。
- (3) 重要事項説明書に記載している事項の外、運営に関する重要事項は、事業者と事業所の管理者との協議に基づき定めることとします。

【事業者】

事業者は、重要事項説明書に基づき、通所型サービスの内容及び重要事項において、利用者及びその家族等に対し、説明を行いました。

令和 年 月 日

〒790-0952 愛媛県松山市朝生田町六丁目2番5号

株式会社アコンプリシー

代表取締役 末廣 英誉

事業所の名称：デイサービス 笑歩会 大洲

事業所の所在地：愛媛県大洲市徳森字小鳥越2632番地3

重要事項説明者氏名 _____ [_____] ㊞

※ 必ず説明者氏名と職種を記入

【利用者】

私は、事業者の定める重要事項説明書に基づき、通所型サービスの内容及び、重要事項の説明を受け、サービス提供の開始に同意し、本書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ ㊞

家族代表 住所 _____

氏名 _____ ㊞（続柄： _____）

重要事項の説明に同席された方及び代理での署名を行った場合には、下欄にご記入下さい。

☐ 立会人又は、☐ 署名代行人（該当するものにチェックしてください）

住所 _____

氏名 _____ ㊞（続柄： _____）