

「指定生活支援通所型」(中田デイサービスセンター)

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
仙台市指定 第 04A5400100 号

1 事業主体名

- (1) 法人名 社会福祉法人 仙台ビーナス会
- (2) 法人所在地 仙台市太白区四郎丸字大宮 26-3
- (3) 電話番号 (代) 022-241-5990
- (4) 代表者名 理事長 齋藤 信子
- (5) 設立年月日 平成 7 年 7 月 19 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 29 年 4 月 1 日指定
仙台市第 04A5400100 号

(2) 事業所の目的

指定生活支援通所型事業所は介護保険法令に従い、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、利用者に生活支援通所型サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 中田デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 仙台市太白区西中田 2 丁目 23 番 5 号
- (5) 電話番号 022-741-3881
- (6) 事業所長 小玉 公治
管理者 小玉 公治

(7) 運営方針

- ① 生活支援通所型事業所の支援員等は、あらかじめ利用者の心身の状況、生活環境、本人及び家族の希望等を尊重して策定された支援計画書に基づき生活支援通所型計画を作成し、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た自立した日常生活を営むことが出来るよう配慮し、日常生活上の必要な機能訓練等を提供する。
- ② 生活支援通所型の提供に当たっては、親切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービス提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ③ 事業の実施にあたっては関係市町村、地域の保健・医療、福祉サービス事業者との綿密な連携を図り、総合的かつ効率的なサービスの提供に努めるものとする。
- ④ 地域社会への貢献活動をすすめ、介護保険制度の普及進展に寄与する。

(8) 開設年月日 平成 15 年 11 月 17 日

(9) 通常の事業の実施地域 仙台市太白区片道 30 分圏内の方

(10) 営業日及び営業時間

イ. 営業日 月曜日から土曜日（日曜日休業）

ロ. サービス提供時間 14：30～16：30

(11) 利用定員 1日当り7人

3 職員の配置

(主な職員の配置状況)

職員の配置については、指定基準を上回る数にしています。

職 種	常 勤 換 算	指 定 基 準
1. 所長	1（兼務 1）	兼務可
2. 管理者	1（兼務 1）	兼務可
3. 支援員	3（兼務 3）	1
4. その他（運転手）	1（兼務 1）	なし

*常勤とは、週 40 時間勤務を 1 とみたものです。

(主な職種の勤務体系)

職種	勤務体制
1. 支援員	勤務時間 8：30～17：30
2. 運転手	勤務時間 13：00～17：00

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスには、

- ・介護保険から給付されるサービス
- ・介護保険の対象外のサービス

がありますので、それぞれサービス利用に係る自己負担金が異なります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

(サービスの概要)

- ・送迎 仙台市太白区片道 30 分圏内の方
- ・筋肉トレーニング 自宅でもできる運動を実施します。
- ・介護予防講話 介護予防に関する講話を実施します。
- ・口腔体操 自宅でもできる口腔体操を実施します。
- ・趣味活動 本人の生きがいや趣味をベースとした活動の提供を実施します。

(サービス利用料金)

※1ヶ月あたりの利用料(1割負担の例)

利用回数	介護報酬単位	加算単位	利用料金
1月あたり 要支援1	1,440 単位	サービス提供体制強化加算Ⅰ 88 単位/月	1,714 円
要支援2	1,440 単位	サービス提供体制強化加算Ⅰ 176 単位/月	1,813 円
月に1回利用 要支援1 の場合	360 単位	介護職員処遇改善加算Ⅰ ひと月の総単位数に9.2%を加算	428 円
月に2回利用 要支援1 の場合	720 単位		856 円

※1ヶ月あたりの利用料(2割負担の例)

利用回数	介護報酬単位	加算単位	利用料金
1月あたり 要支援1	1,440 単位	サービス提供体制強化加算Ⅰ 88 単位/月	3,428 円
要支援2	1,440 単位	サービス提供体制強化加算Ⅰ 176 単位/月	3,626 円
月に1回利用 要支援1 の場合	360 単位	介護職員処遇改善加算Ⅰ ひと月の総単位数に9.2%を加算	856 円
月に2回利用 要支援1 の場合	720 単位		1,712 円

※1ヶ月あたりの利用料(3割負担の例)

利用回数	介護報酬単位	加算単位	利用料金
1月あたり 要支援1	1,440 単位	サービス提供体制強化加算Ⅰ 88 単位/月	5,142 円
要支援2	1,440 単位	サービス提供体制強化加算Ⅰ 176 単位/月	5,439 円
月に1回利用 要支援1 の場合	360 単位	介護職員処遇改善加算Ⅰ ひと月の総単位数に9.2%を加算	1,284 円
月に2回利用 要支援1 の場合	720 単位		2,568 円

*上記の1単位は10.27円になります。

*月3回以上ご利用の場合は1月あたりの利用料とさせていただきます。

*介護報酬の9割、8割、7割の金額が個々の負担割合証に記載されている利用者負担の割合に応じて介護保険から給付されます。

*介護保険負担割合に変更があった場合は、それに従って利用者の負担額を変更します。

③介護保険の給付限度額を超えて利用する場合は、超えた分の介護報酬額の全てを利用者が負担することになります。

(3) 利用料金のお支払い方法

上記(1)・(2)の料金及び費用は、1ヵ月の料金をまとめて翌月に請求いたします。翌月20日頃に郵便口座より引落とし、もしくは現金にてお支払い下さい。

5 事故発生時の対応について

(1) 生活支援通所型サービス提供中に、利用者が突然身体等に急変が生じた場合は、看護師による応急措置を講じると共に、主治医と連絡をとり指示を仰ぎ、必要により救急車の要請又は、センターの送迎車にて関係病院に搬送致します。

(2) 管理者は、上記の事故が発生した場合は内容を全て記録すると共に、直ちに家族と担当ケアマネジャーの連絡を取り、症状などの説明及び報告を行います。

(3) 送迎中に交通事故等が発生した場合は、無線によりセンターに事故内容を報告すると共に、警察及び救急車の要請の有無についても報告します。

センター管理者は、直ちに警察及び救急車の要請を行うと共に、関係施設の看護師等の応援部隊を現場に派遣し必要な措置を講じます。

(4) 上記の事故等が発生した場合は、速やかに該当する市町村の関係課に連絡を取り、必要な措置を講じます。

(5) 利用者に対する通所介護サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

6 損害賠償について

施設では、サービス提供により利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、補償制度の範囲以内において誠意をもって対応いたします。

加入賠償制度：宮城県地域福祉総合保障制度

引受保険会社：三井住友海上火災保険株式会社

7 非常災害対策について

(1) 管理者は、非常災害に備え防災計画を立て、定期的に避難、救出訓練を実施するものとする。

(2) 特に、火災の防止に当たっては、防災管理者を置き、消防用設備等の自主点検及び自衛消防訓練等を実施するものとする。

8 苦情の受付及び個人情報保護に関するお問い合わせについて

(1) 当事業所における苦情の受付及び個人情報相談窓口

イ 苦情受付及び個人情報相談窓口（担当者） 生活相談員 守屋 恵美

T E L 741-3881

F A X 741-3890

勤務の関係上不在の場合は、他の職員にご伝言下さい。

ロ ご意見や苦情、個人情報相談に対する解決体制について

・解決責任者 所長 小玉 公治

寄せられたご意見や苦情、個人情報相談については施設長が責任者となり、各関係者と相談しながら、申出人と誠意をもって話し合い、合意が得られ又は適正な措置が実施されるよう努めます。

ハ 苦情解決第三者委員の委嘱について

・第三者委員

仙台ビーナス会 監事 坂田 祐子 TEL 022-241-6225

仙台ビーナス会 評議員 佐藤 浩二 TEL 022-241-3674

第三者委員を委嘱し、申出人の希望があれば、解決のための相談に関与していただきます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

仙台市太白区役所 介護保険課	所在地 仙台市太白区長町南三丁目 1-15 電話番号 022-247-1111
仙台市役所 居宅サービス指導係	所在地 仙台市青葉区国分町 3 丁目 7 番 1 号 電話番号 022-214-8192
宮城県国民健康保健 団体連合会	所在地 仙台市青葉区上杉一丁目 2-3 電話番号 022-222-7700
宮城県社会福祉協議会 「福祉サービス利用に関する運営適正委員会」	所在地 仙台市青葉区本町三丁目 7-4 電話番号 022-225-8467

9 サービス利用に当たっての留意事項について

生活支援通所型サービス利用に当たって次の事項を遵守しなければならない。

- (1) 自分の力で出来ることは、積極的に自分でするように努めて下さい。
- (2) 他人に迷惑をかけないで、仲良く楽しい生活が出来るように心掛けて下さい。
- (3) 頭痛、風邪を引いた時などは、利用を休んでください。
- (4) 活動内容については、必ず支援員の指示に従って下さい。
- (5) 喫煙は、定められた場所でのみとします。
- (6) 送迎の際は、必ず支援員の誘導に従い乗降すること。特に、リフト乗降中はみだりに身体を動かしたり、大声等を出さないで下さい。
- (7) センター内及び送迎車の中での、政治、宗教活動は行わないで下さい。
- (8) 食べ物やお金などは持って来ないでください。
- (9) その他、支援員の指示に従って下さい。

確 認 書

令和 年 月 日

指定生活支援通所型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。

中田デイサービスセンター

説明者 職 名 生活相談員
氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定生活支援通所型サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏 名 印

代理人住所

氏 名 印
(続柄)