

通所介護

土佐市デイサービスセンター陽だまり重要事項説明書

1. 事業所の概要

名称・法人種別	土佐市社会福祉事業団		
事業所名	土佐市デイサービスセンター陽だまり		
所在地	高知県土佐市高岡町甲1792番地2		
提供可能サービス及び事業者指定番号	通常規模型通所介護 第3970500595号		
管理者及び連絡先	氏名	連絡先	
	青木 綾	088-852-6915	
サービス提供地域	土佐市全域 ※上記以外の方でもご希望の方はご相談下さい。		
定員	42名		

2. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職 種		常 勤	非 常 勤	計
管 理 者 サービス提供責任者		1名 (兼務)		1名 (兼務)
事 務 員		1名以上 (兼務)		1名以上 (兼務)
サ ー ビ ス 提 供 者	生 活 相 談 員	2名以上 (兼務)		2名以上 (兼務)
	看 護 職 員	1名以上 (兼務)	1名以上 (兼務)	2名以上 (兼務)
	介 護 職 員	7名以上 (兼務)		7名以上 (兼務)
	機 能 訓 練 指 導 員	1名以上 (兼務)		1名以上 (兼務)
	管 理 栄 養 士	1名 (兼務)		1名 (兼務)
	栄 養 士	1名 (兼務)		1名 (兼務)
	調 理 員	1名以上 (兼務)		1名以上 (兼務)

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
生 活 相 談 員	月曜～土曜 8:30～17:30 1名以上
介 護 職 員	月曜～金曜 8:30～17:30 4名以上
	土曜 8:30～17:30 1名以上
看 護 職 員	月曜～金曜 8:30～17:30 1名以上
	土曜 8:30～17:30 0.5名以上
機 能 訓 練 指 導 員	月曜～土曜 8:30～17:30 1名以上
	土曜 8:30～17:30 0.5名以上

3. 営業日・営業時間

- ・営業日：月曜日から土曜日（12月31日～1月2日を除く）
※年末年始の最終営業日、営業開始日につきましては、曜日の組み合わせ等により変動しますので、事前にご案内をさせていただきます。
- ・営業時間：8時30分～17時30分
- ・サービス提供時間：9時30分～16時30分
※時間外の対応につきましては別途ご相談ください。

4. サービスの内容

- ①入浴介助又は特別入浴介助、排泄介助その他日常生活上の世話
- ②食事の提供
- ③居宅と陽だまりの間の送迎
- ④生活機能の改善又は維持のための機能訓練
- ⑤健康保持のための健康管理
- ⑥利用者及び家族に対する必要な助言及び援助

5. サービス利用料及び利用者負担

- ①介護保険給付対象サービス利用料金について
 - ・介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として利用料金の1割から3割です。（但し、介護保険給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。）
 - ・通常のサービス利用時間は7時間以上8時間未満のサービスにあてはまります。（送迎時間を除いて、概ね9時30分から16時30分までを施設で過ごしていただきます。）また、料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の通所介護計画（ケアプラン）で定められた時間を基準とします。
 - ・7時間未満及び8時間以上のご利用希望は、ご希望の時間をご提示ください。
 - ・利用料金は別表利用料金表を参考にしてください。

②介護保険給付対象外サービス利用料金について

朝 食	昼 食	夕 食
315円	565円	565円

※食事のキャンセルにつきましては、食事の盛り付け開始時間（食事の1時間前）までにお申し付け下さい。お申し付けがない場合は提供されていない場合でも請求させていただきます。

・営業時間外利用料金 9時30分～16時30分以外の時間にサービスをご利用され、なお且つご利用時間が全体で、9時間以上となられる場合は、利用料金が加算されます。（別紙利用料金表を参考にして下さい）

・使い捨てパンツ等を使用されている場合は、お客様がご用意ください。陽だまりでご用意することはできません。余分を陽だまりに置かれる場合はお預かりいたします。

・その他、日常生活にかかる費用の徴収が必要となった場合は、その都度説明をして同意を得たものに限り徴収します。

※なお、お客様の都合で介護サービス計画に記載のないサービスを利用される場合は、介護保険費を含めた全額（10割）をお支払いいただきます。

支払方法

ア、 サービス料金の1割から3割負担の額と食事に係る標準自己負担額は口座引落もしくは土佐市社会福祉事業団窓口における現金でお支払い下さい。

イ、 介護保険給付対象外サービスは利用の都度お支払い下さい。

※口座引落可能金融機関

ゆうちょ銀行、四国銀行、土佐信用組合

※市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金の全額（10割）をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行します。

保険給付対象となった場合は、サービス提供証明書を保険者（市町村の窓口）に提出しますと、介護給付分の払い戻しを受けることができます。

6. キャンセル

（1）お客様がサービスの利用をキャンセルする場合や変更する場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先：（8：30～17：30）088-852-6915

（陽だまり直通）

（上記以外の時間帯）088-852-2200

※併設特養（とさの里）による代理応答となります

生活相談員：尾崎宏高、西原知佐、南妙

- (2) お客様の都合でサービスの利用を変更する場合は、日曜及び年末年始の休業日を除き、少なくとも3日前までにはご連絡ください。
キャンセルの場合は前日17時までにご連絡ください。
※急病等、緊急の場合はこの限りではありません

7. 運営方針

- (1) 陽だまりの従事者は、お客様が居宅において、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、機能訓練及び日常生活上の世話を行うことにより、社会的孤立感の解消及び身体機能の維持並びにお客様の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
- (2) 陽だまりは、お客様の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止または要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、指定通所介護サービスの計画的な実施を図ります。
- (3) 陽だまりは、指定通所介護サービスを行うにあたって、居宅介護支援事業者及びその他保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、お客様がこれらの総合的なサービスが利用できるよう必要な援助を行います。

8. 相談窓口・苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

お客様相談窓口	電話番号	088-852-6915
	FAX番号	088-850-2616
	担当者	青木綾、谷岡弘章、南妙
	対応時間	平日 8:30～17:30

- (2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

市町村介護保険相談窓口 (土佐市長寿政策課 介護保険係)	所在地	土佐市高岡町甲2017-1
	電話番号	088-852-1124
	FAX番号	088-852-7638
	対応時間	平日 8:30～17:15
高知県国民健康保険団体 連合会 (略称：国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410 088-820-8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	平日 9:00～16:00

9. 事故発生時の対応について

- (1) 陽だまりご利用中に事故が発生した場合は、必要な対応をするとともに、速やかにご家族及び居宅介護支援事業所（介護支援専門員）にご連絡申し上げます。また事故報告書を作成するとともに発生した事故の経過を市町村に報告します。

（陽だまりご利用中とは送迎時間を含みます）

10. 非常災害対策

- (1) 陽だまりは、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員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。

11. 損害賠償について

- (1) 陽だまりは、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与え、損害賠償を要する場合は必要な事項を記載した記録を作成し、その損害を賠償します。但し、陽だまりの責めに帰すべき事由によらない場合はこの限りではありません。

12. 第三者評価の実施の有無

当事業所では第三者評価は実施しておりません。

13. 虐待の防止について

陽だまりは、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (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	管理者 青木 綾
-------------	----------

- (2) 虐待防止委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に対して周知を行うとともに、土佐市社会福祉事業団が定める虐待防止のための指針に基づき、虐待防止のための職員研修を年2回以上実施し、介護の質の向上に取り組みます。
- (3) 虐待またはその疑いが発生した場合には、速やかに市町村と事業所内担当者に報告し、指針に沿って再発防止に向けた取り組みを行います。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

通所介護サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 高知県土佐市高岡町甲 1 7 9 2 - 2
事業者名 土佐市デイサービスセンター陽だまり

説明者 印

通所介護サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

代筆者

(続柄)

身元引受人 住所

氏名 印

(続柄)