**第１号通所事業　重要事項説明書**

【令和４年１０月１日適用】

１．事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称　　社会福祉法人上湧別福祉会

主たる事務所の所在地　　紋別郡湧別町上湧別屯田市街地３３５番地２

代表者（職・氏名） 　　 理事長 高橋 茂

電話番号　　　　　　　　０１５８６－４－１１００

２．利用事業所の概要

事業所名称　　　　　　　社会福祉法人上湧別福祉会老人デイサービスセンター

指定番号　　　　　　　　０１７５４００３５７

事業所の所在地　　　　　紋別郡湧別町上湧別屯田市街地３３５番地１

管理者氏名　　　　　　　安　藤　達　矢

電話番号　　　　　　　　０１５８６－２－５１１６

サービスを提供する地域　湧別町全域

３．事業の目的と運営方針

要支援状態にある方に対し、適正な第１号通所事業を提供することにより心身機能の維持・改善を目的とし、日標を設定して計画的にサービスを提供します。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

４．サービスの提供内容

第１号通所事業は、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および助言、健康状態の確認やその他契約者に必要な日常生活上のお世話および機能訓練を行うことにより、契約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．事業所の従業者体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 職　務　の　内　容 | 常　勤 | 非常勤 |
| 管理者  （生活相談員兼務） | 業務の一元的な管理 | １名 |  |
| 生活相談員  （管理者兼務） | 生活相談及び指導 | １名 |  |
| 看護職員  （内１名生活相談員兼務） | 心身の健康管理  保健衛生管理 | １名 |  |
| 職　種 | 職　務　の　内　容 | 常　勤 | 非常勤 |
| 介護職員  （内１名生活相談員兼務） | 介護業務 | ２名 | １名 |
| 介助員兼運転手 | 利用者の介助及び送迎車両の運転業務 | １名 |  |
| 機能訓練指導員  (看護職員兼務) | 心身機能の向上  健康維持のための指導 | １名 |  |

６．開設時間帯および利用定員

|  |  |
| --- | --- |
| 開設日 | 月曜日～土曜日（但し年末年始を除く） |
| 開設時間 | ８時００分～１７時２０分 |
| サービス提供時間 | ９時２５分～１６時２５分 |
| 利用定員 | １８名以下（指定地域密着型通所介護・第１号通所事業合わせて） |

７．設備の概要

１）食堂

契約者の全員が使用できる充分な広さを備えた食堂を設け、契約者の全員が

使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品を備えます。

２）その他の設備

設備としてその他に、事務室、相談室、浴室等を設けます。

８．利用料金

介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

1. 基本料金（１か月につき）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 単位数 | 利用者負担金額（１割の額） |
| 通所型独自サービス１  通所型独自サービス２ | １，６７２単位  ３，４２８単位 | １，６７２円  ３，４２８円 |

２）加算料金１（１か月につき）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 単位数 | 利用者負担金額（１割の額） |
| 通所型独自サービス  提供体制加算Ⅲ１  通所型独自サービス  提供体制加算Ⅲ２ | ２４単位  ４８単位 | ２４円  ４８円 |

３）加算料金２（１か月につき）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 単位数 | 利用者負担金額（１割の額） |
| 化学的介護推進体制加算  通所型独自サービス若年性認知症  受入加算（該当者のみ）  通所型独自サービス介護職員  処遇改善加算(Ⅰ)  通所型独自サービス介護職員等  特定処遇改善加算(Ⅱ)  介護職員等ベースアップ等支援加算(Ⅰ) | ４０単位  ２４０単位  １ヶ月の所定単位総数に５．９％を乗じた単位数  １ヶ月の所定単位総数に１．０％を乗じた単位数  １ヶ月の所定単位総数に１．１％を乗じた単位数 | ４０円  ２４０円  左の単位数×１０円×１割に相当する額  左の単位数×１０円×１割に相当する額  左の単位数×１０円×１割に相当する額 |

注１　１単位=１０円です。

注２　当事業所は、社会福祉法人による利用者負担軽減制度の実施事業所です。

注３　事業所と同一敷地内建物から通所する場合は、

事業対象者・要支援１＝３７６単位

事業対象者・要支援２＝７５２単位が所定単位数から減額となります。

注４　一定以上所得者に該当する場合は自己負担が２割又は３割となります。

４）その他の費用

(1)食事等提供に要する費用（食材費等+おやつ+お茶代等）１回当たり６５０円

(2)オムツ代 契約者個人負担

(3)日常生活費 実費（入場料・入館料・医薬・衣料消耗品等）

５）利用の中止・変更・追加

　　(1)利用予定日前日までに、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出来ます。この場合はサービス実施日の前日までに事業者に申し込んでください。

　　(2)利用予定日前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた

　　　　場合、取消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。ただし契

　　　　約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用予定日前日までに申し出がある場合 | 無料 |
| 利用当日に中止した場合 | 自己負担相当額 |

９．サービス利用に当たっての留意事項

１）契約者又は家族は、体調の変化があった際は事業者にご一報下さい。

２）契約者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、従業者に声を掛けて下さい

３）事業所内での金銭及び食物のやりとりは、ご遠慮下さい。

４）従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

１０．非常災害対策

事業者は、非常災害その他の緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年２回利用者及び従業者等の訓練を行います。

１１．緊急時の封応

サービス提供時に利用者の体調や容体が急変した場合、その他緊急事態が生じた場合は速やかに主治医および家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

１２．事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、協力医療機関等ヘの連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

１３．運営推進会議

　　老人デイサービスセンターが、地域と綿密な関係を持ち、地域に開かれたものとするために運営会議を設置する。

１４．守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

１５．契約者・利用者の尊厳

契約者の人権・プライバシー保護のための業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

１６．身体拘束の禁止

原則として、契約者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざる得ない場合には事前に契約者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の契約者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

１７．苦情相談窓口

＊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。

１）当事業所における苦情の受付

窓口担当者　社会福祉法人上湧別福祉会 老人デイサービスセンター

生活相談員 安　藤　達　矢

受付時間　　月曜日～土曜日 8時00分～17時20分(日曜日、年末年始を除く)

電話　　　　2－5116

**２）行政機関における苦情の受付**

|  |  |
| --- | --- |
| **湧別町役場**  **福祉課** | **住所：紋別郡湧別町栄町**  **受付時間：平日**  **８時３０分～１７時１５分(土日・祝日は除く)**  **電話番号：０１５８６－５－３７６１** |
| **北海道**  **国民健康保険団体連合会** | **住所：札幌市中央区南２条西１４丁目　国保会館１階**  **受付時間：平日**  **９時００分～１７時００分(土日・祝日は除く)**  **電話番号：０１１－２３１－５１７５** |

１８．損害賠償について

当施設において、施設の責任により契約者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。

ただし、損害の発生について、ご利用様に故意又は過失が認められた場合には、契約者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、当施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

上記の契約を証するため、本書２通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、

名１通を保有するものとします。

事業者は、契約者へのサービスの提供開始に際し、本書面に基づき契約書の説明を行いました。

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、指定地域密着型通所介護事業所の開始に同意しました。

私は、契約書及び本書面により、重要事項の説明を受け同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

事業者　事業所所在地　紋別郡湧別町上湧別屯田市街地３３５番地１

法人名　　　　社会福祉法人上湧別福祉会

事業所名　　　社会福祉法人上湧別福祉会老人デイサービスセンター

氏名　　　　　理事長　　髙　橋　　茂　　㊞

契約者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話

代筆者　続柄　　　　（契約者との関係）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話