

## 重要事項説明書

通所介護サービスの提供にあたり、「福井県指定居宅サービス等の事業の人員、設備および運営の基準等に関する条例」（平成24年条例第60号）第9条に基づいて当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者概要

|       |                  |
|-------|------------------|
| 法人名   | 社会福祉法人 長寿幸元会     |
| 法人所在地 | 福井県坂井市丸岡町八ヶ郷22-4 |
| 電話番号  | (0776) 66-6734   |
| 代表者氏名 | 西 光明             |
| 設立年月日 | 昭和49年9月3日        |

### 2 ご利用事業所の概要

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| 事業所の名称  | 長寿園デイサービスセンターりんどう（通常規模型） |
| 指定番号    | 福井県指定 第 1871701072 号     |
| 指定年月日   | 平成 28年 3月 1日 指定          |
| 事業所の所在地 | 福井県坂井市丸岡町里丸岡3丁目7番        |
| 電話番号    | (0776) 67-0300           |
| 管理者氏名   | 木下 美佳                    |

### 3 事業の目的及び運営方針

目 的 当事業所は介護保険法の理念に基づき利用者が居宅において、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できるように援助及び介護相談等を行うことを目的として、サービスを提供します。

運営方針 ア 本事業は要支援、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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必要な日常生活上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機能の維持ならびに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

- イ 本事業は利用者の人格を尊重し、利用者及び家族のニーズを的確にとらえ、常に利用者の立場に立ち、必要適切なサービスを提供します。
- ウ 本事業の運営に当たっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスを提供する他の事業者とも密接な連携を図り、総合的、効果的なサービスの提供に努めます。

#### 4 事業所の主な設備概要

◆ 通常規模型 定員 月曜日から金曜日 24名 土曜日 15名

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| 食堂兼機能訓練室 | 2室 (92.02 m <sup>2</sup> ) |
| 静 養 室    | 1室 (2床)                    |
| 事務室兼相談室  | 1室                         |
| 浴 室      | 一般浴槽 1 リフト付小型浴槽 1 個浴 1     |
| 送 迎 車    | 4台                         |

#### 5 主な提供サービス

食事、入浴、機能訓練、アクティビティ等介護全般、送迎及び介護相談等、通所介護計画に沿って、利用者個々人の自立支援を行います。

#### 6 営業日及び営業時間

ア 営 業 日 通常規模型 毎週月曜日～土曜日  
日曜日、1月1日、2日は定休日とします。

イ サービス提供時間帯 午前9：00～午後5：00  
送迎サービスについては、迎えの開始時間は午前8：00から、送りの開始時間は午後5：00まで対応します。  
延長サービスは午前(8:00～9:00)、午後(5:00～6:00)の範囲で実施します。報酬単位(料金)は別紙のとおりです。

ウ ご利用相談受付時間 毎週月曜日～土曜日 午前9：00～午後5：00  
利用者のご都合や当方の事情によりサービスの利用及び提供の日時を変更する場合は関係者双方協議の上決定します。

## 7 通常事業の実施地域

福井県坂井市・あわら市とします。

## 8 利用者負担金

ア サービスが介護保険の適用をうける場合は原則としてサービス費の1割(一定以上所得者の方は2割もしくは3割)をお支払いいただきます。

イ サービスが介護保険の適用をうけない部分についてはサービス費の全額(10割)をお支払いいただきます。

ウ 保険料の滞納等により、サービス費の1割又は2割、3割の『利用者負担金』で利用できなくなる場合は、

一旦、利用されたサービス費の全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

☆ 詳細については別紙のとおりです。

## 9 サービス提供にあたっての留意事項

当事業所でサービスの提供を受ける際は、次の事項についてご留意願います。

ア 事業者の定めた生活日課、健康管理上の指示に従う事。

イ 暴力、喧嘩、口論等他人に迷惑な行為及び言動をしないこと。

ウ 火災防止に努め、管理上支障のあるものを持ち込まない。

エ サービス内容について苦情、相談及び意見があるときはいつでも申し出ること。

オ サービス内容について事実と相違することを故意に言いふらさないこと。

カ その他管理者が管理上支障があると認めた事項を行わないこと。

また以下の理由でサービスの利用をお断りする場合がございますのでご了承ください。

ア 当該事業所の現員からは利用申し込みに応じられない場合(利用者が定員数に達している)

イ 利用申し込み者の居住地が当該事業所の通常の事業の実地地域外であること。

ウ その他利用申し込み者に対して自ら適切な介護サービスを提供する事が困難な場合。

## 10 非常災害対策

- ・事業所内で火災及び地震等の災害が発生した場合、職員は利用者の避難誘導を行い、また災害が発生した場合は職員による初期消火に努めることとする。
- ・管理者は災害に対する対処方法、避難経路を常に確認し、協力機関との連携を確認し、災害に備え具体的な訓練計画を立案し、年2回は避難訓練その他必要な訓練を行う。
- ・さらに災害発生時には避難その他の指揮をする。

## 11 職員体制

職員体制については指定配置基準以上に職員を配置し、万全の体制でサービスの提供に支障のないように備えています。

- |             |      |         |
|-------------|------|---------|
| (1) 管理者     | 1名   |         |
| (2) 生活相談員   | 2名   | (1名兼務)  |
| (3) 介護職員    | 4名以上 |         |
| (4) 看護職員    | 2名   | (看護師兼務) |
| (5) 機能訓練指導員 | 2名   | (看護師兼務) |
| (6) 運転手     | 1名   |         |

## 12 キャンセル規定

利用者の都合により、予定サービスを中止された場合は下記のキャンセル料を支払うものとします。ただし、利用者の病状の急変など緊急やむを得ない事情がある場合やその他諸般の状況によっては不要とします。

|                           |             |
|---------------------------|-------------|
| 1 ご利用予定日の2営業日前迄にご連絡があった場合 | 無 料         |
| 2 ご利用予定日の1営業日前迄にご連絡があった場合 | 利用者負担金の 10% |
| 3 ご利用予定日当日までにご連絡がなかった場合   | 利用者負担金の 20% |

☆ キャンセル料は利用者負担金の支払いにあわせてお支払いいただきます。

## 13 利用者負担金のお支払い方法

- ・当事業所は当月分（提供サービス）の利用者負担金について、請求書に利用明細を付して、翌月の口座引落日までに利用者に請求します。
- ・利用者負担金のお支払い方法については、基本的には自動口座引落とします。
- ・金融機関口座引き落とし手数料に関しては利用者負担とします。
- ・特別の事情のある場合は金融機関振り込みか現金徴収とします。
- ・事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは領収書を発行します。

## § 利用金融機関

|       |             |      |    |       |
|-------|-------------|------|----|-------|
|       | 銀行 金庫 組合 農協 |      | 支店 | 普通・当座 |
| 口座名義人 |             | 口座番号 |    |       |

|       |       |
|-------|-------|
| 郵便局   | 口座名義人 |
| 記号・番号 |       |

|        |  |
|--------|--|
| 現金徴収者名 |  |
|--------|--|

## 14 苦情申し立て窓口

当事業所のサービス提供内容等について苦情・相談・ご意見がありましたら、下記の苦情相談窓口までご連絡下さい。

|           |                                                             |
|-----------|-------------------------------------------------------------|
| 当事業所の相談窓口 | 月曜日～金曜日 午前9：00～午後5：00<br>苦情受付担当者 木下 美佳<br>電話 (0776) 67-0300 |
|-----------|-------------------------------------------------------------|

|                  |                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------|
| 法人本部の苦情相談窓口      | 所在地：坂井市丸岡町八ヶ郷22号4番地<br>電話（0776）66-6734             |
| 坂井地区広域連合介護保険課    | 所在地：坂井市坂井町上兵庫40号15番地<br>電話（0776）91-3309（代）         |
| 坂井市役所福祉保健部健康長寿課  | 所在地：坂井市坂井町下新庄第1号1番地<br>電話（0776）50-3040             |
| あわら市役所市民福祉部健康長寿課 | 所在地 あわら市市姫三丁目1番1号<br>電話（0776）73-8022               |
| 社会福祉協議会運営適正化委員会  | 所在地：福井市光陽二丁目3番22号<br>電話（0776）24-2347               |
| 福井県国民健康保険団体連合会   | 所在地：福井市西開発4丁目202番1<br>福井県自治会館4階<br>電話（0776）57-1614 |

## 15 緊急時の対応方法

利用者の利用中における緊急時の対応については、ご家族への緊急連絡と共に速やかに利用者の主治医に連絡し必要な措置を講じます。

|               |       |  |
|---------------|-------|--|
| 利用者の主治医       | 医療機関名 |  |
|               | 主治医名  |  |
|               | 所在地   |  |
|               | 電話番号  |  |
| 当事業所の協力医療機関   | 医療機関名 |  |
|               | 主治医氏名 |  |
|               | 所在地   |  |
|               | 電話番号  |  |
|               | 診療科   |  |
|               | 入院設備  |  |
|               | 契約概要  |  |
| ご家族等<br>緊急連絡先 | 氏名    |  |
|               | 住所    |  |

|  |         |  |
|--|---------|--|
|  | 電 話 番 号 |  |
|  | 携 帯 電 話 |  |

## 16 事故発生時の対応及び損害賠償

事業者は、サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに介護保険者及び関係機関並びに家族及び後見人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故により利用者に損害が発生した場合は、事業者は速やかに損害を賠償します。但し、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

私は、指定通所介護サービスの提供開始にあたり、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和      年      月      日

住      所      福井県坂井市丸岡町里丸岡3丁目7番

事業者名      長寿園デイサービスセンター      りんどう

説 明 者      管理者      木下      美佳

私は、本書面にに基づいて説明者から重要事項の説明を受けました。

令和      年      月      日

住      所

利用者名

私は、利用者本人が署名を行うことが困難であるため、利用者本人に代わり署名しました。

住      所

署名代理人

本人との続柄