

重要事項説明書

(地域密着型デイサービス つばさ豊田)

焼津市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例（平成 25 年焼津市条例第 12 号）及び焼津市地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例施行規則（平成 25 年焼津市規則第 18 号）に基づき、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

利用者の多種多様な福祉ニーズに対応できるよう福祉サービスの内容を充実させるとともに、職員の資質をより一層向上させ、より良い福祉サービスの提供を目指します。

(2) 事業所運営の方針

常に笑顔心を心がけ、明るく思いやりのある態度でふれ合い、利用者・家族・地域住民との信頼関係等サービスを通じて築きあげます。

常に利用者への心配りを忘れず、心の通いあったサービスを提供し、有意義な施設・在宅での生活を過ごして頂けるよう努めます。

常に前を見つめ、探究心・向上心を持って、自己の能力、技術向上のため、自己研鑽に努めます。

2 事業所の概要

法人の名称	社会福祉法人正生会
代表者氏名	石井 紀子
事業所名	地域密着型デイサービス つばさ豊田
所在地	〒425-0087 焼津市保福島 1202
サービスの種類及び介護保険事業所番号	地域密着型通所介護（ 2295100354 ）
管理者及び連絡先	管理者 矢部 貴士 054-628-3355

建物

敷 地		6792.07 m ²
建 物	構造	鉄骨造 2 階建(耐火建築)
	延べ床面積	4395.85 m ² の一部
	単位数	1 単位
	利用定員	10 名(各単位における定員)

主な設備

設備の種類	数	面積	一人当たりの面積
デイルーム	1 室	36.03 m ²	3.603 m ²
静養室	1 室	8.25 m ²	
一般浴室	1 室	5.2 m ²	

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		静岡県知事の事業者指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施 設	介護老人福祉施設	H19.4.25	2275100648	60 名
居 宅	通所介護	H19.5.1	2275100663	55 名
	介護予防通所介護相当サービス	H19.5.1	2275100697	
	地域密着型通所介護事業所	R6.6.1	2295100354	10 名
	短期入所生活事業	H19.4.25	2275100655	20 名
	予防短期入所生活介護	H19.4.25	2275100689	
居宅介護支援事業		H19.5.1	2275100671	

4 職員の体制

令和 6 年 6 月 1 日現在

職 種	従事する業務	人 員
管理者	事業所業務の総括	1 名
生活相談員	生活相談、利用申込者の調整業務	1 名以上
介護職員	利用者の生活支援	1 名以上
機能訓練指導員	利用者の機能訓練	1 名

5 サービスの内容

- (1)通所介護サービスは、社会福祉法人正生会が経営する地域密着型デイサービスつばさ豊田に通って、入浴及び食事の提供、生活等に関する相談、助言、健康状態の確認、これらに付随する全ての介護、その他利用者に必要な日常生活上の援助や、機能訓練を行うサービスを提供します。
- (2)営業日は月～金（ただし 12 月 29 日～1 月 3 日を除く）営業時間は、午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分、サービス提供時間は午前 10 時から午

後 4 時 15 分となります。

(3) 社会生活上の便宜

当事業所では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、生活が実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。

(4) サービス提供に当たっては、別添の通所介護計画書に沿って計画的に提供します。

6 サービス利用にあたっての留意点

(1) 設備器具の利用

事業所内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。
これに反し、破損などが生じた場合は賠償していただくことがあります。

(2) 喫煙

喫煙は原則としてお断りしております。

(3) 宗教活動、政治活動

信教の自由は尊重しますが、施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

7 利用者負担金

(1) 利用者の方から頂く利用者負担金は、次のアからウまでに掲げるとおりです。
なお、イ及びウの費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明の上、利用者の同意を得ることといたします。疑問点などがあれば、お尋ねください。

ア、介護報酬にかかる単位数及び利用料

区分	単位数	内容の説明
基本額	要介護 1 678 単位	一日当たりの単位数です。
	要介護 2 801 単位	
	要介護 3 925 単位	
	要介護 4 1049 単位	
	要介護 5 1172 単位	
加算額	入浴介助加算(Ⅰ) 40 単位	一日当たりの単位数です。
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)1 日 18 単位	一日当たりの単位数です。
	通所介護送迎減算 - 47 単位	送迎を実施しない場合、 片道につき
	科学的介護推進体制加算 40 単位	一月当たりの単位数です。
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 9.2%

※ 利用者負担額は、上記の基本額と加算額を合計した単位数に焼津市の地域区分「7 級地」の単価である 10.14 円を乗じた額に、利用者ごとの負担割合証に記載された負担割合（所得に応じ 1 割、2 割または 3 割）を乗じて算出します。

※ 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

イ、運営基準(厚生労働省令)で定められたその他の費用

区 分	内 容	金 額
食事の提供に関する費用	昼食代・おやつ代	730 円
おむつ代	実費	利用者の希望によって使用した場合
その他	実費	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）

ウ、通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用(自己負担)

区分	金 額	内 容
行事代	実費	利用者の希望によって参加した場合

注)ウはイで定められている内容以外のサービス提供を受けた場合に要する費用です。

(2)支払い方法

- ① 自動口座引き落とし(ご指定の金融機関の口座からサービスご利用の次の月の25日に引き落としします)
- ② 銀行振り込み
- ③ 現金による窓口支払い

毎月、20日までに前月分の利用料の請求をいたします。

原則として、①による指定の口座より引き落とさせていただきますが、手続きの都合上、①の作業が間に合わない場合には、末日までに、②銀行振り込み、または③現金による窓口払いによりお願いいたします。

8 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人正心会 岡本石井病院
院長名	森田 浩
所在地及び連絡先	焼津市小川新町 5-2-3 TEL 054-627-5585
診療科	内科・外科・リハビリテーション科
入院設備	有り

協力歯科名称	豊田歯科クリニック
院長名	永田 公一
所在地及び連絡先	焼津市小土 97-1 TEL 054-629-6600

9 緊急時の対応方法

サービス提供にあたり、事故や体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関などに連絡します。

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人福祉施設つばさ豊田防災計画」に従い対応行います			
	別途定める「介護老人福祉施設つばさ豊田防災計画」に基づき利用者・職員共、年 2 回の夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施いたします。			
	設備名称		設備名称	
	スプリンクラー	有り	屋内消火栓	有り
	避難階段	有り	非常通報装置	有り
	自動火災報知機	有り	漏電火災報知機	
	誘導灯	有り	非常用電源	
	ガス漏れ報知器	有り		
	カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署への届出日 令和 5 年 12 月 25 日 防火管理者 中嶋 智明			

11 苦情・ご意見申立先

(1)サービスに関する相談や苦情・ご意見については、次の窓口で対応します。

相談窓口	窓口担当者 生活相談員：清水 智美 ご利用時間 月～金 8:30～17:30 ご利用方法 面接及び電話相談 連絡先 054-628-3355(電話)
------	---

(2)社会福祉法人正生会においては、サービスに関する相談や苦情・ご意見等については、第三者委員を設置しています。

相談窓口	第三者委員 大石 壮吾 {連絡先 0 5 4－6 2 4－5 7 3 4} 鈴木 春子 {連絡先 0 5 4－6 2 4－4 4 3 4} 吉永 律子 {連絡先 0 5 4－6 2 4－4 9 4 8}
------	--

(3)公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

相談窓口	郵便番号	所在地	電話番号	FAX 番号
焼津市介護保険課	425-8502	焼津市本町 2 丁目 16 番 32 号	054-626-1159	054-626-2187
静岡県国民健康保険団体連合会	420-0824	静岡市葵区春日 2-4-34	054-253-5590	054-205-3315
社会福祉法人静岡県社会福祉協議会 静岡県福祉サービス運営適正委員会	420-8670	静岡市葵区駿府町 1-70	054-653-0840	054-653-0840

12. 第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 ・ <u>無</u>
直近の実施年月日	年 月 日
評価期間の名称	
評価結果の開示情報	

(説明確認欄)

令和 年 月 日

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。

事業所説明者 _____ 印

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け同意しました。

利用者 氏 名 _____ 印

(または署名代理人) _____ 印

(代理人の場合)本人との関係 _____