

通所介護兼介護予防事業重要事項説明書

(令和元年5月1日～)

1. 事業の目的及び運営方針

要介護及び要支援状態にある方に対し、適正な通所介護及び介護予防通所介護を提供することにより、要介護及び要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、常に利用者の立場に立って関係市町村、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るとともに、予防事業については、利用者の可能性を最大限引き出す支援を行います。

2. 事業の内容

(1) 提供できるサービスの地域

| | |
|-------------|-----------------------|
| 事業所の名称 | デイサービスセンターだいち |
| 指定番号 | 0570516955 |
| 所在地 | 秋田県由利本荘市岩谷町字ハケノ下80番地2 |
| 管理者の氏名 | 真坂 淳子 |
| 電話番号 | 0184-62-0067 |
| FAX番号 | 0184-65-3367 |
| サービスを提供する地域 | 旧大内地域、 旧本荘地域、 旧岩城地域 |

(2) 事業所の職員体制

| 職種 | 職務の内容 | 常勤 | 非常勤 | 合計 |
|-------------------|--------------------------------------|------|------|------|
| 管理者 | 業務の一元的管理 | 1(1) | 0 | 1(1) |
| 生活相談員 | 生活相談及び指導 | 1(1) | 0 | 1(1) |
| 看護師 又は 准看護師 | 心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理、介護業務 | 1(1) | 2(2) | 3(3) |
| 介護職員 | 介護業務 | 5(1) | 2(2) | 7(3) |
| 機能訓練指導員 | 身体機能の向上・健康維持の指導 | 1(1) | 2(2) | 2(3) |
| 運転手 | 利用者の送迎 | 0 | 2 | 2(0) |

() 内は兼務。※看護師は介護職員及び機能訓練指導員兼務

※管理者は生活相談員兼務

(3) 設備の概要

| 室名等 | 内 容 (主な備え付け) |
|------------|---|
| 食 堂 | <ul style="list-style-type: none">・ 利用者の全員が使用できるテーブル・椅子を備えます。・ 大型テレビを設置します。・ テレビの前にソファ等を備えます。 |
| 調 理 室 | <ul style="list-style-type: none">・ 厨房機器、食器類等の備品を備えます。 |
| 介護予防室 | <ul style="list-style-type: none">・ 機能訓練の目的に応じた器具を備えます。 |
| 静 養 室 | <ul style="list-style-type: none">・ ベッド3台を備えます。 |
| 相 談 室 | <ul style="list-style-type: none">・ 相談しやすいようなテーブル・椅子を備えます。 |
| ・ 休 憩 室 | <ul style="list-style-type: none">・ 畳21畳敷きで、いつでも昼寝等で使用できるよう毛布・ふとん等を準備しています。・ 静養室でベッドが不足した場合の寝具等も準備しています。 |
| 事 務 室 | <ul style="list-style-type: none">・ ケアステーションとして、パソコン処理等を行います。 |
| 一 般 浴 室 | <ul style="list-style-type: none">・ 3人浴槽、1人浴槽、シャワーと洗い場3箇所を備えています。 |
| 特 別 浴 室 | <ul style="list-style-type: none">・ 入浴用椅子付の入浴装置を備えています。 |
| そ の 他 | <ul style="list-style-type: none">・ 洗濯室、洗面所、男女別トイレ、車椅子用トイレ等 |

(4) 定員及び営業時間帯

| | |
|-------|----------------------------|
| 定 員 | 25名 |
| 営 業 日 | 月曜日 ～ 金曜日 (12月31日～1月3日を除く) |
| 営業時間帯 | 9時30分 ～ 16時30分 |

3. サービスの内容

(1) 送 迎

- ① 送迎車により、通常の営業時間の利用者を事業所と自宅との間を送迎します。
- ② 移動、移乗の動作の介助も行います。

(2) 食 事

- ① 利用者に合った食事を提供します。
- ② 必要な利用者には、食事摂取の介助も行います。

(3) 入 浴

- ① 見守りや直接介助により、入浴を提供します。
- ② 衣類着脱の介助、身体の清拭、洗髪等必要に応じて入浴介助を行います。

(4) 機能訓練

機能訓練指導員(看護職員)、介護職員、生活相談員が共同して、個人機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

(5) 生活相談

事業所の職員は、利用者及びその家族等の日常生活における身上、介護等に関する相談及び助言はもとより、関係機関等と連絡調整し、生活の向上を目指します。

(6) レクリエーション

- ① 同敷地内施設において実施される行事に参加することができます。
- ② 各種遊具を使用し、作業療法に役立たせます。
- ③ 行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

(7) 排泄

随時、排泄介助をいたします。(オムツ利用の方は、原則としてオムツを持参してもらいます。)

(8) 介護予防におけるサービスの内容

- ① 運動機能向上
- ② 健康状態の確認
- ③ アクティビティ

4. 利用契約

- ① 施設の利用については、あらかじめ利用者及びその家族に対して面談の上、サービス利用契約書の内容に関する説明を行い、両者及び家族等の同意の下に利用契約を締結します。
- ② 利用者は、正当な理由なく利用者負担金を3ヵ月以上滞納した場合には、事業者は文書により10日以上期間を定めてその期間内に滞納額の全額を支払わなければ、契約を解約する旨の催告をすることができる。

5. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該通所介護・総合事業通所介護が法定代理受領サービスであるときは、保険者が交付する負担割合証による負担割合とする。

(1) 介護報酬基準額

別紙料金表のとおり

(2) その他の費用

- ① 食事の提供に要する費用

| | | |
|----|----|------|
| 朝食 | 1回 | 200円 |
| 昼食 | 1回 | 400円 |
| 夕食 | 1回 | 300円 |

- ② オムツ代(持参のない場合) 円
- ③ 日常生活費 実費
- ④ 通常の事業実施地域以外の地域に居宅する利用者に対して行う送迎費用

| | | |
|-----|------|--------|
| 基本額 | 片道1回 | 2,000円 |
|-----|------|--------|

さらに、実施地域を超えるその距離5キロメートルごとに500円の割増

6. 支払・請求及び支払方法

- (1) 利用料は、月末に締め、翌月の10日に前月分を請求しますので、25日までお支払いください。

お支払いは、現金の場合は特養おうちの会計係に納入するか、次の金融機関への振込みとなります。

- (2) 指定金融機関

- ① J A秋田しんせい大内支店

口座番号 3554352

- ② 羽後信用金庫大内支店

口座番号 0104407

- ③ 岩谷郵便局

口座番号 18630-13903131

※ 利用者の指定する金融機関の口座から自動引落しの手続きもできます。

※ 振込み手数料は、利用者の方でお支払いください。

7. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者又はその家族等は、体調の変化があった際には事業所の職員に、ご一報ください。
- (2) 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。
- (3) 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (4) 職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- (5) 特別の事情によりお弁当の持込は、希望により応じますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面及びこれに関わる事故（食中毒）につきましては、責任を負いかねますので、ご了承ください。

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が発生した場合には、速やかにかかりつけ医、協力医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じます。

9. 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、速やかにご家族、市町村、利用者のご家族等に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。

10. 非常災害対策

事業所は、非常災害その他緊急事態に備え、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及び避難に関する計画を作成し、利用者及び職員に対して、周知徹底を図るため、定期的に避難訓練等を実施します。

11. 個人情報の保護

事業所が得た利用者の個人情報については、事業所内のサービスの提供以外の目的では原則的には利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又は家族の同意を得るものとします。

12. 守秘義務に関する対策

事業者及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族等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べき旨を職員との雇用契約の内容としています。

13. 身体拘束の禁止

原則として、利用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せざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族等へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用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。

14. 苦情相談窓口（苦情処理）

(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。

| | | |
|--------|------------------|--------------|
| ご利用相談室 | 窓口担当者 真坂淳子 | (管理者) |
| ご利用時間 | 日曜日 ~ 金曜日 | 9時30分~16時30分 |
| ご利用方法 | 電 話 0184-62-0067 | |

(2) 公的機関においても、次の機関においても苦情申し出ができます。

(受付時間は、月曜日~金曜日の9:00~17:00)

① 由利本荘市役所市民福祉部福祉課

電話番号 0184-24-6314 FAX番号 0184-24-0480

② 由利本荘市大内総合支所市民福祉課

電話番号 0184-65-2806 FAX番号 0184-65-2610

③ 由利本荘市岩城総合支所市民福祉課

電話番号 0184-73-2012 FAX番号 0184-73-3453

④ 秋田県国民健康保険連合会介護保険課

電話番号 018-862-3850 FAX番号 018-883-1551

⑤ 秋田県運営適正化委員会（秋田県社会福祉会館）

電話番号 018-864-2726 FAX番号 018-864-2742

⑥ 本荘由利広域市町村圏組合（本荘由利広域行政センター）

電話番号 0184-24-3347 FAX番号 0184-24-3359

(3) 苦情処理第三者委員

| 氏名 | 住所 | 電話番号 |
|---------|------------|--------------|
| 斉藤 和 二 | 中館字中屋366-1 | 0184-65-2414 |
| 佐々木 久 | 松本字堤ノ口47-2 | 0184-66-2839 |
| 佐々木 良 行 | 大倉沢字大沢68 | 0184-65-2710 |

- ・ 公平中立な立場で、苦情を受け付け、相談にのっていただける委員です。

15. 第三者評価の実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施状況・・・なし
 実施した直近年月日・・・
 実施した評価機関・・・
 評価結果の開示状況・・・

16. 協力医療機関等

事業所は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 協力医療機関

| | |
|------|--------------|
| 名 称 | 由利組合総合病院 |
| 住 所 | 由利本荘市川口字家後38 |
| 電話番号 | 0184-27-1200 |

- ・ 協力歯科医療機関

| | |
|------|-------------------|
| 名 称 | 鈴木歯科診療所 |
| 住 所 | 由利本荘市大内三川字白山田86-1 |
| 電話番号 | 0184-65-2685 |

17. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者様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。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、賠償の発生について、ご利用様に故意又は過失が認められ、ご利用者様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、事業所側の損害賠償責任を減じさせていただきます。

重要事項説明確認書

指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービス開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、本説明書を交付しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 秋田県由利本荘市岩谷町字ハケノ下80番地2
事業者名 大内さつき会デイサービスセンターだいち
(指定番号 0570516955)

管理者名 真坂 淳子 印
説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護・指定介護予防通所介護サービスについて、重要事項説明を受け同意し、本説明書を受領しました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名 印

家族代表

住所

氏名 印 (続柄)