

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業 重要事項説明書

当事業所は利用者に対し、適正な介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（以下「第1号通所事業」という。）を提供することにより、利用者が可能な限りその居宅において、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様、目標を設定して計画的にサービスを提供します。当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上の留意事項等以下のとおり説明します。

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。

1. 事業者

名称	社会福祉法人 八郎潟町社会福祉協議会
所在地	秋田県南秋田郡八郎潟町字家ノ後 23番地の3
電話番号	018-875-3871
代表者氏名	会長 伊藤 則彦
設立年月	昭和51年3月17日

2. 事業所の内容

(1) 提供できるサービスの地域 八郎潟町

事業所名	八郎潟町デイサービスセンター
指定番号	秋田県指定0572303709号
所在地	秋田県南秋田郡八郎潟町字家ノ後 23番地の3
管理者の氏名	竹田 校子
電話番号	018-875-3100
FAX番号	018-875-3872

(2) 事業所の職員体制

職名	職務の内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名	0名	1名
生活相談員	生活相談及び指導	3名	0名	3名
看護師	心身の健康管理、保健衛生管理	1名	2名	3名
介護職員	介護業務	3名	2名	5名
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1名	2名	3名

(3) 設備の概要

○食堂 1室

利用者全員が使用できる充分な広さを備えた食堂を設け、利用者全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○機能訓練室 1室

利用者が使用できる充分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○その他の設備

静養室・相談室・浴室・事務室等を設けます。

(4) 定員及び営業時間帯

区分	定員	営業時間	サービス提供時間
月から土曜日	18名	8時00分から17時00分	9時15分から16時20分

3. サービスの内容

(1) 送迎

送迎車により、事業所と自宅との間を行い、通常のサービス提供時間利用の方を送迎します。

- (2) 食事
利用者に合った食事を提供します。
- (3) 入浴
見守りや直接介助により、入浴を提供します。
- (4) 生活機能向上グループ活動
看護職員、介護職員、生活相談員が共同して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
事業所の職員はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上をめざします。
- (6) アクティビティとレクリエーション
集団で楽しくゲーム等を通して機能訓練的なサービスをします。
季節に合わせいろいろな行事をします。
- (7) 排泄
随時、排泄介助をします。(オムツ利用の方は持参ください)

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該通所介護が法定代理受領サービスであるときは、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。

○介護報酬告示額〔基本料金〕(月当たり)

(単位:円)

区分	サービス 利用料 (1割分) ①	サービス 提供体制 強化加算 (II) ②	介護職員 処遇改善 加算 (II) ③	利用回数 ④	食事 (昼食) ⑤	1ヶ月あ たり利用 料(自己負担 額)	追加食材料 (1食あたり)		
	1ヶ月あたり					1食 あたり	①+②+③ +(④×⑤)	朝食	夕食
週1回 程度利用	1,798	72	①+② ×6.4%	4回	540	4,150			
週2回 程度利用	3,621	144		8回		8,322	200	400	

○従来の「介護職員処遇改善加算(II)」及び「介護職員等ベースアップ等支援加算」は算定要件や加算率が異なるが介護職員の処遇改善という同じ目的のため、加算を一本化し「介護職員等処遇改善加算(II)」として①から②の合計金額に6.4%を乗じた金額です。

○要支援1の方は月4回程度、要支援2の方は月8回程度が利用の目安です。

○サービス提供体制強化加算は、当事業所の介護職員のうち4割以上の職員が介護福祉士の資格を取得していることによる加算であり、月に何回利用しても定額です。

○利用者負担の合計金額は月に4回利用(昼食あり)の場合、又は、月に8回利用(昼食あり)の場合の金額です。

○別途(一食当たり)

朝食 200円

夕食(持ち帰り用) 400円

5. 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は、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入院等による利用休止期間が長期(1カ月間を目途とする)に渡った場合は、利用再開時に曜日、回数を調整させていただく場合があります。

6. 非常災害対策

職員は、非常災害その他緊急の事態に備え、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、るべき措置についてあらかじめ防災計画に基づき、年1回程度の利用者及び職員等の避難訓練等を行います。

ます。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 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、関係医療機関等へ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。

9. 守秘義務に関する対策

事業所及び職員は、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るべき旨を職員との雇用契約の内容とします。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

11. 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を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のうえ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。

12. 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。

○八郎潟町社会福祉協議会に苦情申出等ができます。

電話番号	018-875-3871		
FAX番号	018-875-3872		
〔苦情受付担当者〕	竹田校子		
〔苦情解決責任者〕	藤井範子		
対応時間	月曜日～金曜日 8:30から17:30まで		
苦情処理第三者委員	氏名	住所	電話番号
	八柳春美子	八郎潟町一日市40-12	018-875-2481
	三戸悟	八郎潟町字昼寝下68-96	018-875-2992
	谷村明美	八郎潟町一日市286	018-875-4050

○次の公的機関においても苦情申出等ができます。

八郎潟町介護保険相談窓口 (健康福祉課)	所在地	秋田県南秋田郡八郎潟町字大道80番地
	電話番号	018-875-5808
	FAX番号	018-875-3096
	対応時間	月曜日～金曜日 8:30から17:15まで
秋田県国民健康保険 団体連合会 (介護保険課)	所在地	秋田県秋田市山王4丁目2-3
	電話番号	018-883-1550
	FAX番号	018-883-1551
	対応時間	月曜日～金曜日 8:30から17:00まで

13. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしており、家族等へも連絡します。

①協力医療機関

名称 湖東厚生病院
住所 秋田県南秋田郡八郎潟町川崎字貝保 98番1

②緊急時の連絡先

通所介護フェイスシートに記載されている家族等の連絡先に連絡します。

14. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、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、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用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、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

なお、当事業所では下記の保険会社に加入しております。

①損害保険ジャパン株式会社（事業所内の傷害事故等に対応）

②あいおいニッセイ同和損害保険株式会社（行事などによる事業所外での傷害事故等に対応）

上記同意を証明するため、本書2通を作成し、利用者と本会の双方が署名のうえそれぞれ一部ずつ保有します。

第1号通所事業の提供開始に際し、利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明をしました。

(説明日) 令和 年 月 日

(所在地) 秋田県南秋田郡八郎潟町字家ノ後23番地の3

(事業所名) 八郎潟町デイサービスセンター（指定番号0572303709）

説明者 職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

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、第1号通所事業のサービス提供開始に同意し重要事項説明書を受領いたしました。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____

利用者の身体状況により署名が難しいため、利用者本人の意思を確認のうえ家族等が利用者に代わって署名を代筆しました。

(家族等) 住 所 _____

氏 名 _____
利用者との関係 ()