

【介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業】

デイサービスセンター大日

重要事項説明書

○ 事業主体概要

| | |
|--------------|--|
| 法人名 | 株式会社 江陽 |
| 本社所在地 | 〒023-0171 岩手県奥州市江刺田原字大日195番地 1 |
| 電話・FAX | 電話0197-31-2105 FAX 0197-31-2106 |
| URL / e-mail | http://www.koyo-esashi.co.jp / info@koyo-esashi.co.jp |
| 代表者氏名 | 代表取締役 及川 健 |
| 運営事業所 | 江陽居宅介護支援事業所 (指定事業所番号 0371200353) デイサービスセンター大日 (指定事業者番号 0371200379) グループホーム花の家 (指定事業所番号 0371200387) 〒023-0171 岩手県奥州市江刺田原字大日195番地 1 電話 0197-31-2105 FAX 0197-31-2106 グループホームふじの里 (指定事業所番号 0391500154) ふじの里デイサービスルーム (指定事業所番号 0391500162) 〒023-1762 岩手県奥州市江刺藤里字平37番地 2 電話 0197-39-2877 FAX 0197-39-2879 |

○ 事業所概要

| | |
|-------|--|
| 名称 | デイサービスセンター大日 (指定事業者番号0371200379) |
| 所在地 | 〒023-1762 岩手県奥州市江刺田原字大日195番地 1 |
| 連絡先 | 電話0197-31-2105 FAX 0197-31-2106 |
| 利用定員 | 30名 (指定通所介護を含む) |
| 併設事業所 | グループホーム花の家 (認知症対応型共同生活介護) 定員18名 江陽居宅介護支援事業所 (指定居宅介護支援) |
| 事業の目的 | 要支援状態等にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第一号通所事業を提供することを目的とします。 |

| | |
|---------|---|
| 運 営 方 針 | <p>(1)事業所の職員は、事業対象者の心身の特徴を踏まえて、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よう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、必要な援助を行う。</p> <p>(2)事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。</p> |
|---------|---|

○実施地域及び営業日・営業時間

| | |
|----------|------------------------------------|
| 実 施 地 域 | 奥州市江刺地域、水沢地域 |
| 営 業 日 | 月曜日～土曜日 |
| 休 業 日 | 日曜日、12月31日から1月3日、及び事業者が特に必要と認め定める日 |
| 営 業 時 間 | 8：00～17：30 |
| サービス提供時間 | 9：20～16：30（7時間10分） |

○サービスの内容

| | |
|-----------|---|
| 食 事 の 提 供 | 昼食及びおやつなど提供します。 |
| 介 護 | 排泄・食事・移動・更衣・入浴・整容等の介助、その他必要な見守り |
| 健 康 管 理 | ご利用時、血圧・脈拍・体温等の測定を行います。また、体重測定の実施、口腔・栄養状態等もご相談に応じます。 |
| 機 能 訓 練 | 機能訓練指導員による個別機能訓練・健康維持・増進のための自主訓練及び集団訓練等を実施します。 |
| レク活動・行事 | 各種レク活動・季節行事を企画実施します。内容によっては事前にご了解を得て別途費用のご負担を頂く場合があります。 |
| 送 迎 | ご自宅と事業所間の送迎を行います。 |
| そ の 他 | 日常生活を営むのに必要な相談援助を行います。 |

○職員の職種及び員数、その職務内容

| 職 名 | 員 数 | 職 務 内 容 |
|-----------|-------|--|
| 管 理 者 | 1 名 | 事業所職員の管理及び業務管理を一元的に行う。 |
| 生 活 相 談 員 | 1 名以上 | 事業所に対するサービスの利用申し込みにかかる調整、ケアプランの作成等を行うとともに、利用者の日常生活上の支援を行う。 |

| | | |
|---------|-------|--|
| 看 護 職 員 | 1 名以上 | 利用者の健康状態観察、バイタルチェック、薬の管理、他主治医の指示に基づく処置などを行うとともに、利用者の日常生活上の支援を行う。 |
| 機能訓練指導員 | 1 名以上 | 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行うとともに、利用者の日常生活上の支援を行う。 |
| 介 護 職 員 | 4 名以上 | 利用者に対し必要な介護及び日常生活上の支援を行う。 |

○ サービスの開始について

| | |
|-----|---|
| (1) | サービスの開始時には、担当介護支援専門員からの情報並びにサービス担当者会議にて確認させて頂いた利用者様の状況並びに希望を踏まえた指定通所介護サービス計画書（以下ケアプランという。）を作成し、利用者様、ご家族様から同意を得ます。 |
| (2) | ケアプランの作成・変更する際は利用者様及びご家族様に対し、ケアプランの内容を説明し同意を得て、サービスを提供致します。 |
| (3) | ケアプランに基づいて提供されている各種サービスについては、定期的にその実施状況について評価し、必要に応じてケアプランの修正・変更を加えていきます。 |
| ※ | 作成したケアプランは、担当介護支援専門員の求めに応じて開示します。 |

○ サービス利用に当たっての留意事項

| | |
|-----------|---|
| ご利用に当たり | 当日の健康状態につきましては、担当職員にお話しいただき、サービスをご利用下さい。 |
| 送 迎 時 間 | 朝の送迎時間は、8：00～9：00頃となっております。帰りの送迎時間は、16：30～17：20頃となっております。なお、送迎時間は、状況により変わることがありますのでご自宅でお待ちください。 ※冬期間は道路事情により、送迎時間のずれが生じることがあります。 |
| 貴重品・金銭の管理 | 貴重品・金銭の持ち込みはご遠慮願います。 |
| 設備・器具の利用 | 事業所内の設備、機能訓練器具等についてのご利用に関しては担当職員の指示によりご利用ください。 |

| | |
|----------|---|
| 体調不良時の対応 | サービス利用中に気分が悪くなった時には、すぐに職員にお申し出いただき、看護職員により医療機関の受診が必要であると判断した場合は、ご家族様に連絡致しますので、お迎えに来ていただきます。 |
| 迷 惑 行 為 | 事業所内で他の利用者に対する政治活動及び宗教活動、その他迷惑となる行為はご遠慮願います。 |

○ 利用料金

<保険対象分>

事業におけるサービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣及び関係市町村が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるとき、介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額とする。

1) 通所型サービス費

| 算定項目 | 単位数 自己負担額（1月当） | | | |
|-------------|----------------|--------|--------|---------|
| | 1割 | 2割 | 3割 | |
| 事業対象者 | | | | |
| 要支援1 | 1,798 | 1,798円 | 3,596円 | 5,394円 |
| 要支援2（週1回利用） | 1,798 | 1,798円 | 3,596円 | 5,394円 |
| 要支援2（週2回利用） | 3,621 | 3,621円 | 7,242円 | 10,863円 |

2) 加 算

| 加算の種類 | 単位数 自己負担額（1月当） | | | |
|-------------|----------------|-----|-----|-----|
| | 1割 | 2割 | 3割 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 | 40円 | 60円 | 80円 |

サービス

提供体制強化

加算Ⅲ ※1 事業対象者

| | | | | |
|----------------|-----|------|------|-------|
| 要支援1 | | | | |
| 要支援2（週1回利用） | 24 | 24円 | 48円 | 72円 |
| 要支援2（週2回利用） | 48 | 48円 | 96円 | 144円 |
| 送迎未実施減算（片道につき） | -47 | -47円 | -94円 | -141円 |

介護職員等処遇改善加算Ⅲ ※2 1月当の所定単位数 ×8.0%

高齢者虐待未実施減算 - 1ヶ月当の所定単位数 ×1.0%

業務継続計画未策定減算 - 1ヶ月当の所定単位数 ×1.0%

※1 当事業所は、職員の勤続年数は基準を満たしております。

※2 介護職員の処遇改善にかかる諸制度を整備しております。

※3 介護職員等の処遇改善にかかる諸制度を整備しております。

<保険対象外分>

保険対象外分費用は、月次のお支払いとなります。

| 費用の種類 | 金 額（1日当） | 備考 |
|-------|----------|---------|
| 食事提供費 | 670円 | おやつ代を含む |

※通常の実施地域外より当事業者の利用を希望される場合は、当事業所から自宅までの距離が30kmを超える場合、実施地域を越えた地点から起算して1kmあたり50円を徴収します。

※利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

※その他日常生活において通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用に関しては実費を頂きます。

○ 支払方法

| | |
|-----|--|
| 利用料 | <ul style="list-style-type: none"> ・別途指定頂く利用者又はご家族様の金融機関口座からの自動振替を原則としておりますが、直接ご持参頂き窓口でお支払いいただくことも可能です。 ※利用契約締結時に口座振替の手続きをご案内します。 ※金融機関での手続きが完了するまでの間は弊社指定の銀行口座へお振込みいただくか、弊社窓口にて直接お支払い頂くこととなります。 ・前月の利用に係る料金その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎月10日までに送付します。自動振替の場合は当月23日にご指定頂いた銀行口座より引き落とし、お振込みの場合は、当月末までに指定口座にお振込み願います。 ※振込手数料は、利用者様のご負担となります。 ※23日が金融機関の休業日の場合は翌営業日の振替となります。 ※自動振替を利用される利用者様の領収書は入金月の翌月発行となります。 |
|-----|--|

○ 利用料金の改定

| | |
|--------|---------------------------------|
| 保険対象分 | 介護報酬告知上の額が変更される場合にはそれに応じて変動します。 |
| 保険対象外分 | 諸般の経済状況の変化などを勘案し、改訂する場合があります。 |

○ 契約の終了

| | |
|---------|--|
| 終 了 事 由 | <p>(1)事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合</p> <p>(2)施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合</p> <p>(3)事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合、また介護予防・日常生活支援総合事業にかかる事業所指定を取り消された場合又は、指定を辞退した場合。</p> <p>(4)本契約が解約又は解除された場合</p> |
| 弊社からの解約 | <p>(1) 利用者様が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</p> <p>(2) 利用者様による、本契約に定めるサービス利用料金の支払いが遅延し、当事業所の催告にもかかわらず1か月以上支払われない場合</p> <p>(3) 利用者様が、故意又は重大な過失により乙又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</p> |
| 契約の自動終了 | <p>(1)利用者様がお亡くなりになられた場合</p> <p>(2)利用者様の心身の状況が要介護、もしくは事業対象者非該当と判定された場合</p> <p>(3)1か月以上連続して利用されなかった場合</p> <p>(4)介護保険施設に入所した場合</p> |

○ 救急・事故発生時・災害時の対応

| | |
|-------|---|
| 救 急 時 | <p>容体の変化等があった場合は、ご家族様（ご不在の際は連帯保証人様）、担当介護支援専門員に速やかに連絡し必要な処置を講じます。但し、生命維持に危険があると判断されるような状態に陥った場合はご家族様の同意を得る前に救急隊を要請することがあります。その場合においても速やかにご家族様、担当介護支援専門員に連絡いたします。</p> |
| 事故発生時 | <p>利用者様のサービス提供中に事故が発生した場合は、直ちにご家族様、担当介護支援専門員に連絡すると共に関係機関に連絡し必要な措置を講じます。なお、当事業者は介護賠償責任保険に加入しております。</p> |
| 災 害 時 | <p>利用者様のサービス提供中に非常災害が生じた場合、従業者は利用者様の避難等適切な措置を講じます。事業所は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携を確認し、年1回以上避難訓練を実施します。</p> |

○ 身体拘束廃止及び高齢者虐待防止

| | |
|---------------------|---|
| やむを得ず身体拘束等を行う場合の手続き | サービスの提供の当たっては、利用者の生命又は身体を保護する為、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、緊急やむを得ない場合は、本人またはご家族に十分説明を行い、速やかに解除できるような措置を講ずるとともに、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族様の要求がある場合及び行政機関等の指示がある場合には開示します。 |
| 高齢者虐待防止 | サービス提供時について、高齢者虐待にあたる行為、①身体的虐待、②心理的虐待、③介護・世話の放棄・放任、④性的虐待、⑤経済的虐待、の5項目についての行為は行いません。万が一発生した場合、利用者の保護を優先とし、ご家族及び行政機関等へ報告し内容について記録します。行政機関等の指示ある場合には開示します。また今後発生しない様対策をします。 |

○業務継続計画の策定・実施

| | |
|--------|--|
| 業務継続計画 | <p>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。</p> <p>2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。</p> <p>3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。</p> |
|--------|--|

○ サービス内容に関する苦情相談窓口

| | |
|-------|--|
| 事業所 | <p>担 当： 管理者・生活相談員</p> <p>受付時間： 月曜日から金曜日まで 9：00～16：30</p> <p>電 話： 0197-31-2105 FAX 0197-39-2106</p> |
| 保 険 者 | <p>奥州市健康福祉部 長寿社会課 介護保険担当（0197-34-2197）直通</p> <p>同 江刺総合支所 長寿社会課 介護保険担当（0197-34-2522）直通</p> |
| 国 保 連 | <p>岩手県国民健康保険団体連合会介護保険課分室(019-604-6700)</p> |

○ 秘密保持並びに個人情報保護の取り扱いに関して

| | |
|-----|--|
| (1) | <p>当社個人情報保護に関する基本方針並びに個人情報保護規定に基づき、利用者等の個人情報並びに業務上知り得た情報に関しては、秘密保持を厳守します。また、当事業所が利用する個人情報を以下の通りと定め、業務権限の与えられた職員のみが必要に限りにおいて行います。なお、定め以外の個人情報の利用に関してはその都度利用者に同意を取ることとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の認定調査票、主治医の意見書 ・市町村の介護保険認定情報 ・サービス担当者会議に関する情報 ・利用者の家族情報（連絡先等） ・健康保険に関する情報 ・老人医療費受給に関する情報 ・身体障害者手帳に関する情報 |
| (2) | <p>基本方針に基づき、公共的要素により個人情報を第三者に提供することがあります。その第三者とは次の通りとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所に実習する学生 ・当事業所に研修する者 ・当事業所に慰問等で来所する者 <p>但し、その提供にあたっては法令上必要な措置を講じます。</p> |

○ その他

| | |
|-------------|--|
| 衛生関連 | <p>(1)サービスを提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意する。</p> <p>(2)職員は、感染症等に関する知識の習得に努める。</p> |
| 健康上の理由による中止 | <p>(1)風邪等の感染性疾患に罹患している場合</p> <p>(2)当日の健康チェックの結果、看護職員により当日のサービス提供が困難であると判断された場合</p> <p>(3)利用中体調が悪くなった場合。</p> <p>(2)及び(3)に関してはご家族様に速やかに連絡しますので、医療機関等への受診をお願いします。</p> |

介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業サービスの開始に当たり、重要な事項について本説明書を用いて説明いたしました。

説明日：令和 年 月 日

【事業 者】

住所：岩手県奥州市江刺田原字大日195番地 1
事業者名：株式会社 江陽
代表取締役 及川 健 ⑩

【事業 所】

住所：岩手県奥州市江刺田原字大日195番地 1
事業所名：デイサービスセンター大日
説明者職名：☐管理者 ☐生活相談員

氏名： _____ ⑩

私は、本書面により、事業所から介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業サービスについての重要な事項の説明を受けた上で、サービスの提供の開始について同意いたします。

同意日：令和 年 月 日

【利 用 者】

住所： _____

氏名： _____ ⑩

【連帯保証人】

住所： _____

氏名： _____ ⑩