

# ひめゆりデイサービスセンター 重要事項説明書

## <地域密着型通所介護>

### 1、事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な地域密着型通所介護を提供することにより、要介護状態の維持・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、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。

#### 運営方針

利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることに努めます。

### 2、事業者の内容

#### (1) 提供できるサービス地域

事業所名 ひめゆりデイサービスセンター  
介護保険事業所番号 4372701328  
所在地 熊本県阿蘇郡高森町大字高森 993 番地 8  
管理者氏名 武内 和子  
電話番号 0967-62-1001  
FAX番号 0967-62-1003  
サービスを提供する地域  
阿蘇郡高森町

#### (2) 事業所の従業者体制（介護予防・日常生活支援総合事業を含む）

職名	職務内容	人員
管理者	事業所の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとする。	1名
生活相談員	利用者の生活相談、苦情への対応、処遇の企画や実施等を行うものとする。	1名以上
介護職員	利用者の居宅サービス計画及び地域密着型通所介護計画に基づく介護を行うものとする。	2名以上
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行うものとする。	1名以上
看護職員	利用者の健康管理及び心身状態の把握を行う。	1名以上

(3) 設備の概要

- 食堂 1室

利用者の全員が利用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が利用できるテーブル・椅子・箸や食器類などの備品等を備えます。

- 機能訓練室 1室

利用者が利用できる十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

設備としてその他に浴室、静養室、事務室等を設けます。

(4) 定員及び営業時間

営業日	定員	営業時間帯	サービス提供時間
日～金曜日	18名	8:30～18:00	9:00～16:15

※延長サービス時間 8:30～9:00・16:15～18:00

※営業日について、天災その他やむを得ず業務を遂行できない日は、臨時休業する場合があります。

3、サービス内容

(1) 送迎

①送迎車により、事業所と自宅との間を行います。

②通常の営業時間の利用の方を送迎します。

(2) 食事

管理栄養士が立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮し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。

寝たきりの方でも機械浴槽を使用して、入浴することができます。

(4) 機能訓練

機能訓練指導員、介護職員、生活相談員が共同して個別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

事業者の従業者はもとより、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

併設施設において実施される行事等に参加することができます。

(7) 排泄

随時排泄介助を致します。(オムツ利用の方は、オムツをご持参下さい。)

#### 4、基本料金

##### (1) 要介護者料金（1日当たり）利用時間（7時間～8時間）

要介護区分	サービス利用料金	利用者負担金 (1割)	利用者負担 金 (2割)	利用者負担 金 (3割)
要介護1	7,500円	750円	1,500円	2,250円
要介護2	8,870円	887円	1,774円	2,661円
要介護3	10,280円	1,028円	2,056円	3,084円
要介護4	11,680円	1,168円	2,336円	3,504円
要介護5	13,080円	1,308円	2,616円	3,924円

##### 加算料金

ア、入浴加算	1日につき	40円
イ、ADL維持加算Ⅰ	1ヶ月につき	30円
ウ、科学的介護推進体制加算	1ヶ月につき	40円
エ、サービス提供体制強化加算Ⅰイ	1日につき	22円
オ、介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に5.9%を乗じた単位数で算定	
カ、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に1.2%を乗じた単位数で算定	
キ 介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数に1.1%を乗じた単位数で算定	
ク、新型コロナウイルス感染症への対応	所定単位数に0.1%を乗じた単位数で算定	
ケ、送迎を行わない場合の減算	△47円/片道	

加算料金は、介護保険負担割合が2、3割の方は、上記記載額の倍額となります。

##### (2) その他の費用

ア、食事の提供に要する費用	昼食	460円	夕食	530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は、体調の変化があった際には、事業所の従業者にご一報下さい。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけて下さい。
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮下さい。
- ④ 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤ お弁当の持込みは、ご希望により応じておりますが、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（食中毒等）につきましては、責任を負いかねますのでご了承下さい。

#### 6、非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についておらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

## 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、その他必要な場合は、速やかに主治医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

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族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、従業員との雇用契約の内容としています。

## 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、従業員教育を行います。

## 11、身体拘束の廃止

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、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。

苦情解決責任者 : 田代 元樹 (併設特養施設長)

ご利用相談室 窓口担当者 : 武内 和子 (デイ管理者)

ご利用時間 : 8:30~18:00

ご利用方法 : 電話番号 0967-62-1001

苦情受付ボックスを玄関カウンターに設置しています。

第三者委員: 瀬井 幸一 監事 62-2001 住所 高森町大字高森2027-6

: 古庄 秀子 監事 62-2365 住所 高森町大字高森1952-5

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

◇高森町役場 健康推進課 介護保険係

所在地 : 熊本県阿蘇郡高森町大字高森2168番地

電話番号 : 0967-62-1111 (代)

FAX番号 : 0967-62-1174

受付時間 : 9:00~17:00 (土日祝日を除く)

◇熊本県国民健康保険団体連合会

所在地 : 熊本県熊本市東区健軍2丁目4-10

電話番号 : 096-365-0811

FAX番号 : 096-365-4188

受付時間 : 9:00~17:00 (土日祝日を除く)

◇熊本県社会福祉協議会

所在地 : 熊本県熊本市中央区南千反畑3-7

電話番号 : 096-324-5454

FAX番号 : 096-355-5440

受付時間 : 9:00~17:00 (土日祝日を除く)

◇熊本県福祉サービス運営適正化委員会 (県社協内)

所在地・電話番号・FAX番号・受付時間同上

### 13、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、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、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、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護サービスの開始に当たり、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、交付しました。

〈事業者〉

所在地 熊本県阿蘇郡高森町大字高森 993 番地 8

事業所名 ひめゆりデイサービスセンター

管理者： 武内和子 印

説明者： \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定地域密着型通所介護サービスについて重要事項説明を受け、同意しました。

〈利用者〉

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

〈利用者代理人（選任した場合）〉

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）