

【介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書】

1. 事業の目的と運営方針

要支援状態にある方に対し、適正な介護予防通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業を提供することにより要支援状態の維持・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、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。

2. 事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名 望みの門デイサービスセンター
 指定番号 千葉県 1273100238
 所在地 千葉県富津市川名 1436 番地
 管理者名 白鳥 尋子
 電話番号 0439-87-9387
 F A X 番号 0439-29-5700
 サービスを提供する地域 富津市及び君津市

(2) 事業所の従業者体制

	常勤	非常勤	業務内容
管理者	1		業務の一元的な管理
生活相談員	2 (内兼務1)		生活相談及び利用等の窓口業務
機能訓練指導員	1 (兼務)		身体機能の向上、健康維持の為の指導
看護師	1 (兼務)	1	心身の管理、口腔衛生・保健衛生管理
介護員	6 (内兼務1)	3	日常生活の介護業務

(3) 設備の概要

○食堂兼機能訓練室

利用者全員が利用できる十分な広さを備えています。

○静養室

午睡の場としても利用可能なスペースです。

○浴室

一般浴槽と個人浴槽あり、リスト浴も設置されています。

○その他の設備等

相談室等と付属設備として菜園があります

(4) 定員及び営業時間帯

・定員 40名 月曜日～土曜日 (12月31日～1月3日営業休止)

・営業時間帯 8時30分～17時30分 サービス提供時間 9時10分～16時15分

3. 提供サービスの内容

※ 当方人は、障害者及び高齢者、保護や援助を必要とされる方々への 50 年余にわたる福祉活動の実践を基盤とし「利用者本位」「利用者満足の最大化」を目的に、国際品質規格 ISO 9001 で規定する「品質マネジメントシステム」に従って利用者の要求事項を満たす介護サービスの提供を目指して運営しております。

- ① 送迎 ご自宅から施設までの送迎を行いません。送迎サービスのご利用は任意です。
- ② 食事 利用者の身体状況に応じた食事を提供いたします。
- ③ 入浴 入浴または清拭を行いません。寝たきり等で座位のとれない方はリスト入浴も可能です。入浴サービスの利用は任意です。
- ④機能訓練 機能訓練指導員による利用者の状況に適した機能訓練を行ない運動動機能の低下の防止に努めます。
- ④生活相談 利用者とその家族からのご相談に応じ利用者の生活面での指導援助を行いません。
- ⑤健康管理 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行いません。
- ⑥アクティビティ レクリエーションや様々な活動を行ない、生きがい作りに努めます。
- ⑦その他 その他、口腔ケア等、必要に応じた介護やサービスを行いません。

利用料金

(1) 基本料金 (1ヶ月につき)

	要支援 1	要支援 2	備考
単位数 (1 カ月)	1,798 単位	3,621 単位	要支援 1 は週 1 回、要支援 2 は週 2 回まで利用回数上限があります。
本人自己負担額 (1 割)	1,798 円	3,621 円	

(2) 加算 (1ヶ月につき)

加算内容	単位数 (1 カ月)	本人自己負担額	備考
介護職員等处遇改善加算 (Ⅱ)			1ヶ月の自己負担の 9.0%

※基本利用料と加算料金を合計した金額の自己負担額が請求金額となります。

※自己負担は料金の 1 割又 2 割又 3 割 (介護保険負担割合証による) です。

※利用に当たっては、要支援毎に利用できる限度額が決められております。限度額を超えてサービスを利用したときは、超過した分が、全額自己負担となります。

※行事参加等で追加利用した場合は 1000 円/日の追加料金を請求させていただきます。

※償還払いの場合は、一旦介護報酬額を支払い、その後領収書を添付して後日、市町村の窓口で請求すると、自己負担額を差し引いた額の還付を受けることができます。

※要支援 1 の利用目安は週 1 日程度、要支援 2 の利用目安は週 2 日程度となります。

日数を超える利用をした場合は 1 日に付き 1000 円の追加料金を請求させていただきます。

※利用の中止については利用当日 8:30 までご連絡頂けない場合キャンセル料 1000 円を請求させていただきます。

※デイサービスと介護保険の医療系サービスを併用してご利用頂いた場合、デイサービス利用料金が医療費控除の対象となります。ただし、デイサービス単体もしくは介護保険の医療系サービス以外のサービスを併用された場合は医療費控除の対象とはなりません。

*介護保険医療系サービス例；訪問看護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション
短期入所療養介護・居宅療養管理指導など

4. その他の費用

昼食	390 円	洗濯サービス	200 円/回
誕生日食（月 1 回第 3 水曜日予定）	600 円	朝食服薬サービス	200 円/回
配茶	150 円/回	散髪代（月 3 回実施）	実費
日用品代	30 円/日	行事外出代	実費
教養娯楽費	50 円/日	連絡帳/連絡帳袋	100/120 円

※教養娯楽費：選択制の体制を整えております。※朝食服薬サービス：初回お薬手帳ご持参下さい。

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 感染症・疾病等の際はサービスの提供をお断りする場合があります。
- ② 当日の健康チェックの結果、あるいはご利用中、体調が思わしくない場合、サービス内容の変更又は中止をすることがあります。その場合ご家族等に連絡の上対応します。
- ③ 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員にご一報ください。
- ④ 施設内の設備・器具は本来の用法に基づいてご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ⑤ 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。

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計画を作成し、防災計画に基づき、年 3 回以上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体調の変化・病状の急変等の場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関あるいは救急隊等への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供時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等必要な措置を講じ、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為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、利用者及びその家族へ十分説明をし、同意を得ると共にその態様及び時間、心身の状況、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

①望みの門デイサービスセンター（電話 0439-87-9387）

苦情受付 責任者：管理者 受付：生活相談員 受付：月～土曜日 8時30分～17時30分
第三者委員：2名（氏名、連絡先についてはダイ玄関前に掲示してございます。）

②その他富津市役所介護福祉課（電話 0439-80-1262）

国民健康保険団体連合会（電話 043-254-7428）等でも受け付けています。

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	1 有	2 <input checked="" type="checkbox"/> 無
実施した直近の年月日		
実施した評価機関の名称		
評価結果の開示状況		

14. 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います。

・協力医療機関

名称 医療社団法人 東病院 住所千葉県富津市大堀 2144 電話 0439-87-0165

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

15. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者様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。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勘案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

指定介護予防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、これを証するため、本書2通を作成の上、交付しました。

<事業者>

所在地 千葉県富津市川名 1436 番地

事業者名 望みの門 デイサービスセンター (指定番号 千葉県 1273100238 号)

管理者： 白 鳥 尋 子 (印) 説明者： (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業について重要事項説明を受け同意しました。

<利用者氏名>

住所

氏名 (印)

<代理人氏名>

住所

氏名 (印) (続柄)