デイサービスセンター（介護予防型）重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（石川県指定 第１７７０１０２１０９号）

当事業所は、契約者に対して指定介護予防型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上注意していただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

１　事業者
２　事業所の概要
３　事業提供地域及び営業時間
４　職員の配置状況
５　当事業所が提供するサービスと利用料金
６　サービス利用に関する留意事項
７　事故発生時の対応方法
８　虐待防止のための措置
９　緊急時における対応方法
10　職員の禁止行為
11　苦情等の受付について
12　個人情報について

１　事業者

（１）事業者名　社会福祉法人　陽風園
（２）事業者所在地　金沢市三口新町１丁目８番１号
（３）電話番号　０７６－２６３－７１０１
（４）代表者氏名　理事長　　平嶋　正実
（５）認可年月日　昭和 27 年 5 月 9 日

２　事業所の概要

（１）事業所の種類　介護予防型通所介護　　平成１８年４月１日指定
石川県　　第１７７０１０２１０９号

当事業所は、通所介護及び基準緩和型サービスの提供を行っています。

（２）事業の目的　　要支援状態になった場合においても、その契約者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことにより、契約者の心身機能の維持ならびに契約者の家族の身体的及び精精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

（３）事業所の名称　　陽風園 地域福祉プラザ 木越デイサービスセンター

（４）事業所の所在地　石川県金沢市木越町チ６０番地１

（５）電話番号　　０７６－２５８－１４１８

（６）事業所管理者　氏名　　安達　久理子

（７）当事業所の運営方針

センターは、次に揚げる事項に基づき契約者の機能訓練およびその者が日常生活を営むうえで必要な援助を行います。

① 介護予防型通所介護の提供に当たっては、介護予防型通所介護計画に基づき援助を行います。

② 常に契約者の心身の状況を的確に把握しつつ相談援助等の生活指導、その他必要なサービスを契約者の希望に添って適切に提供します。

③ 介護予防型通所介護は、親切丁寧に行うことを旨とし、契約者又はその家族に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明を行います。

④ 介護予防型通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。

⑤ センターは、自らその提供する介護予防型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図る努力をします。

ア　事業提供にあたっては、関係市町村、介護予防支援事業者（地域包括支援センター等）その他保健医療サービスを提供する者等との密接な連携に努めます。

イ　介護予防型通所介護の終了に際しては、契約者又はその家族に対して、適切な指導を行うとともに、当該契約者に係わる介護予防支援事業者（地域包括支援センター等）に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

⑥ センターは、契約者の人権の擁護、虐待の防止のため、必要な体制の整備を行うとともに、研修を実施する等の措置を講じます。

（８）開設年月日　　平成１７年４月１日

（９）利用定員　　３０人（通所介護を含む）
５人（基準緩和型サービス）

３　事業提供地域及び営業時間

（１）　通常の事業の提供地域　金沢市

（２）　営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日（日曜日及び 12 月 31 日～1 月 2 日までの年末年始を休日とします。）
勤務時間	月～土　8 時 30 分～17 時 30 分
営業時間	月～土　9 時 30 分～15 時 45 分 （ただし、家族送迎の場合は 8 時 30 分～17 時 30 分）

４　職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して、介護予防型通所介護（及び通所介護）サービスを提供する職員として、以下の　職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

職　　種	配置人数
１　管理者（兼務）	１名
２　介護職員	６名
３　生活相談員	１名
４　看護職員	１名
５　機能訓練指導員（兼務）	１名
６　調理員	１名

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

事業規模の変動に応じ、職員配置が変わることがあります。

〈主な職種の勤務体制〉

職　　種	勤　務　時　間
１ 生活相談員	月～土　８：３０～１７：３０
２ 介護職員	月～土　８：３０～１７：３０（主に正規職員）
３ 看護職員	月～土　８：３０～１７：３０ （午前又は午後の一部の勤務になる事もあります）
４ 機能訓練指導員	月～土　８：３０～１７：３０（兼務）
５ 調理員	月～金　８：３０～１６：００

５　当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス
（２）介護保険の給付の対象とならないサービス

（１）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第 4 条関係）

以下のサービスについては、利用料金の９割が介護保険から給付されます。サービスについては介護予防サービス計画に沿い、事業所と契約者で協議したうえで介護予防通所介護計画に定めます。（負担割合が２割の方は８割、３割の方は７割が介

護保険から給付されます。）

〈サービスの概要〉

① 食事の提供・介助（ただし、食費は別途頂きます。基本、毎週土曜日及び各祝日 12/29、12/30、１/3 の食事は、利用者のみなさんと昼食作りを致します。）
② 入浴介助（体調により、入浴を控えていただくことがあります。）
③ 清拭介助
④ 排泄介助
⑤ 口腔清潔介助
⑥ 洗面介助
⑦ 整容介助
⑧ 更衣介助
⑨ 水分補給介助
⑩ 機能訓練及び日常のレクリエーション
⑪ 健康管理（バイタルサインの確認）
＊当センター内は健康増進法に基づき禁煙とさせていただいております。
⑫ 静養並びに服薬介助等の世話
⑬ 生活相談
⑭ 送迎
⑮ その他必要な便宜

〈サービスの利用頻度〉

利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画に沿いながら、契約者と協議のうえ決定し、介護予防通所介護計画に定めます。

ただし、契約者の状況の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

〈サービス利用料金〉

別紙のサービスの利用料金の目安によって、契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額)を支払ってください。（利用料等の精算は月単位で行いますが、利用回数により利用料を算出する過程で発生する端数処理の関係で、日額と月額の計算結果に相違が生じますのでご了承下さい。）

・ 契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったん支払っていただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い)。 また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
・ 契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（２）①参照）

・　介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、契約者負担額を変更します。

（２）介護保険の給付の対象とならないサービス（契約書第５条関係）

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①　食事の提供（食費）

利用料金：**１回あたり６５０円**（契約者に提供する食事にかかる費用です。）

② サービス提供にあたって通常必要となる諸費用

・レクリエーション活動、創作活動（材料代の実費）

・契約者の日常生活に要する費用等で負担して頂くことが適当であるもの（実費）

（３）利用料金の支払い方法（契約書第６条関係）

前記（１）、（２）の料金・費用は、１か月ごとに計算し請求しますので、翌月 20 日までに以下のいずれかの方法で支払ってください。（１か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア　金融機関口座からの自動引き落とし

イ　指定口座への振込み（振込み手数料は契約者の負担となります。）

①北國銀行　大桑橋支店

口座番号　普通預金 148776

口座名　　陽風園利用料口座

代表　　平嶋　正実

②ゆうちょ銀行

記号番号　13130－7088561

口座名　　社会福祉法人　陽風園

ウ　現金支払い

（４）利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、契約者の都合により、介護予防通所介護サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合には、サービスの提供日の朝(8:30)までに事業所に申し出てください。

① 利用予定日の朝までに申し出がなく、当日迎え時に利用の中止の申し出をされた場合、取消料として 400 円（食材料費相当）を支払っていただきます。ただし、契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、徴収しません。

② 月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

③ 契約者の体調不良や状態の改善等により、介護予防型通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は介護予防型通所介護計画に定めた期日よりも多かった場合でも、日割りでの割引又は増額はしません。

④　契約者の状態の変化等により、サービス提供量が介護予防型通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者（地域包括支援センター等）と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は要介護認定の変更申請の援助等必要な支援を行います。

⑤　月ごとの定額制になっているため、月の途中からの利用開始、又は月の途中での利用終了の場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

一　月途中に要介護から要支援に変更となった場合

二　月途中に要支援から要介護に変更となった場合

三　同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

⑥　月途中で要支援度が変更となった場合、又は他の介護予防サービスを利用した日数がある場合は日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

⑦　サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

６　サービス利用に関する留意事項

当事業所の利用にあたって、安全性を確保するため、以下の事項に留意して下さい。

（１）　原則として送迎時には家族が在宅してください。

（２）　悪天候、災害等により送迎が出来ない状況が発生した場合に、送迎を行わないことがあります。

（３）　服薬の持参については、事前に処方箋など情報を事業所に提出してください。

（４）　原則としておむつを使用している契約者は、当日必要となるおむつを持参してください。

（５）　感染症等の発生により、行政機関並びに法人本部からの指導及び支持があった場合、営業を臨時休業する場合があります。

７　事故発生時の対応方法

（１）　契約者に対する介護予防型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該契約者の家族、当該契約者に係る介護予防支援事業者（地域包括支援センター等）に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

（２）　事業所は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を残します。さらに、原因の解明と再発防止策を講じるように努めます。

（３）　契約者に対する介護予防型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

８　虐待防止のための措置

（１）　契約者の人権擁護、虐待防止のため、また、虐待の発生又はその再発を防止

するため、指針を整備し、職員による委員会を開催し、職員周知のため、研修を実施します。

（２）　適切な措置を実施するための担当者を以下に定めます。（陽風園木越デイサービスセンター運営規程第 35 条の２第４号）

虐待防止担当者　　管理者　　安達　久理子

９　身体的拘束等について

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束等を行いません。ただし自傷他害等のおそれがある場合など、契約者または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の（１）～（３）の要件をすべて満たすときは、契約者等に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむ得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、５年間保管します。また事業所として身体的拘束等をなくすための取り組みを行います。

（１）　切迫性…直ちに身体拘束等を行わなければ、契約者または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。

（２）　非代替性…身体的拘束等以外に代替する介護方法がない場合。

（３）　一時性…契約者又は他人の生命・身体に危険が及ぶことがなければ、直ちに身体拘束等を解く場合。

１０　業務継続計画の策定等について

（１）　感染症や非常災害の発生時において、契約者に対する指定居宅支援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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な策を講じます。

（２）　職員に対し、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に実施します。

（３）　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います。

１１　ハラスメント対策

（１）　事業所は職員によるハラスメント防止に取り組みます。

（２）　契約者やその家族等が事業所職員に対して行う、暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷等の迷惑行為やセクシャルハラスメント等のハラスメント行為に対して、必要な措置を講じます。（契約書第 5 章第 17 条）

１１　緊急時における対応方法

介護予防型通所介護の提供中に、契約者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は以下に示す協力医療機関等に連絡する等の必要な措置を講じます。

① 協力病院

医療機関の名称	陽風園診療所
所在地	金沢市三口新町１丁目８番１号
診療科	内科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	近藤クリニック
所在地	金沢市木越ト９－１

１２　職員の禁止行為

職員は、契約者に対するサービスの提供にあたって、次の各号に該当する行為を行ないません。

（１）医療行為
（２）契約者もしくはその家族等からの金銭又は物品の授受
（３）契約者の家族等に対するサービスの提供
（４）飲酒及び契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
（５）契約者もしくはその家族等に対する宗教活動、政治活動、営利活動
（６）契約者もしくはその家族等に対する迷惑行為

１３　苦情等の受付について（契約書第 23 条関係）

（１）当事業所における苦情等の受付

当事業所に対する苦情等は、以下の専用窓口で受け付けます。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。第三者委員は円滑に苦情を解決するため、双方への助言や話し合いへの立会いなども致します。苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

○ 苦情解決責任者

陽風園地域福祉プラザ施設長　　垣内　光子

○ 受付窓口

担　当　者　　管　理　者　　安達　久理子
代理担当者　　介 護 職 員　　菊地　奈津恵

○ 受付時間

毎週月曜日～土曜日
（月～土）　８：３０～１７：３０
ただし、日曜日及び年末年始（12 月 31 日～1 月 2 日）を除く。

○ 第三者委員

城崎　亮	金沢市みずき４－４５	090-7080-8686
高窪　香代	金沢市別所町ヲ９０－２	090-5686-9855
山岸　清孝	金沢市三口新町１丁目５番地６号	090-3768-1420

（２）行政機関その他苦情受付機関

①　金沢市介護保険課

・要介護認定、保険料の決定など市の対応に関すること、サービス事業者・介護保険施設に対する不満などの苦情や相談を受け付けます。

電話	０７６－２２０－２２６４
電子メール	kaigo@city.kanazawa.ishikawa.jp

②　金沢市介護保険運営協議会苦情等専門部会

・介護保険の権利擁護委員が契約者の権利や利益を守るため、苦情の申立てや相談を受け付けます。

金沢市介護保険課内	０７６－２２０－２２６４

③　石川県国民健康保険団体連合会

・介護保険サービスに関する相談窓口を設置しています。

介護サービス苦情１１０番	０７６－２３１－１１１０
電子メール	kaigo110@sr.incl.ne.jp

④　石川県介護保険審査会

・要介護認定など市の行った処分に対して、通知書を受け取った日の翌日から６０日以内に審査請求をすることができます。

石川県長寿社会課	０７６－２２５－１４１６

⑤　石川県福祉サービス運営適正化委員会

石川県社会福祉協議会内

電話	０７６－２３４－２５５６
電子メール	sou@isk-shakyo.kanazawa.or.jp

⑥　第三者評価の実施状況

本事業所の第三評価の実施は以下の通りです。

実施状況の有無	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　個人情報について

当事業所は、介護予防通所介護のサービスを提供する際に、契約者の個人情報とご家族様の個人情報において以下のことに留意し使用します。

（１）使用する目的

契約者のためのサービス計画（ケアプラン）に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議や介護予防支援事業所（地域包括支援センター等）との連絡調整において必要な場合に使用します。

（２）使用する期間

介護予防型通所介護の開始の日（契約締結日）から終了の日（解約日）までの期間とします。

（３）条件

①　個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

②　個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておきます。

（４）その他の留意事項

介護サービスの質の向上のための研修会等で、事例研究発表等を行う場合があります。この場合、個人を特定できないよう配慮します。

令和　　年　　月　　日

介護予防型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

陽風園 地域福祉プラザ 木越デイサービスセンター

説明者　　職名

氏名

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、介護予防型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者　　住所

氏名

私は、契約者からの委任又は家庭裁判所の審判に基づく契約者の代理人として、事業所から重要事項の説明を受け、契約者に代わって介護予防型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

代理人　　住所

（指定の場合）

氏名

（契約者との関係：　　）

私は、契約者が事業所から重要事項の説明を受け、介護予防型通所介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、契約者の依頼を受け、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行人　　住所

氏名

（契約者との関係：　　）

保証人　　住所

氏名

保証人に変更があった場合には、事業所までお届けくださるようお願い致します。