

# デイサービスセンターほほえみ通所介護重要事項説明書

令和5年12月1日改定

当施設のサービスをご利用頂くにあたり、事業所の概要等につき次のとおりご説明いたします。

## 1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 桜友会
事業者の所在地	岐阜県関市稲口845番地
設立年月日	平成8年7月5日
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 高井澄恵
電話番号	0575-24-9570

## 2 事業所の概要

施設の名称	デイサービスセンターほほえみ
施設の所在地	岐阜県関市稲口845番地
指定事業所番号	2170200279
施設長名	高井澄恵
電話番号・FAX番号	0575-24-6388 FAX 0575-24-9571

## 3 事業の目的及び方針

(1) 事業所の介護職員等が要介護状態又は、要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とします。

又、要介護状態となった場合においても、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、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話を行うことにより利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。又、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

### (2) 法人理念

1. 利用者一人一人を大切に、支援を通して、利用者も家族も職員も豊かな生活を送ることを目指します。
2. 地域の一員として地域の思いを受け止め、安心して生活できる地域社会の実現を目指します

### (3) 基本方針

1. 知識・技術を習得し、職員全員がプロフェッショナルになる
2. 限られた資源の中、最大限資源を活かす効率化を図る
3. 地域のニーズを敏感に読み取り、チャレンジする精神を忘れない

## 4 施設の概要

### (1) 敷地及び建物（介護予防通所介護と共用）

敷地	16,911㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート 4階建
	延べ面積	546㎡（デイサービス専有面積）
	利用定員	50名（介護予防通所介護を含む）

(2) 主な施設（介護予防通所介護と共用）

設備の種類	数	面積
デイサービスセンター	1	285 m <sup>2</sup>
日常動作訓練室	1	46 m <sup>2</sup>
浴室	1	28 m <sup>2</sup>
脱衣室	1	14 m <sup>2</sup>
便所	1	15 m <sup>2</sup>

5 職員体制及び勤務形態（介護予防・日常生活支援総合事業と兼務）

職種	人数	勤務形態	備考
管理者	1名以上	常勤	
生活相談員	2名以上	常勤	介護員との兼務(1名)
介護職員	9名以上	常勤・非常勤	
看護職員	2名以上	非常勤	
機能訓練指導員	3名以上	常勤	看護師との兼務 理学療法士 1名含む
歯科衛生士	1名以上	常勤	特養と兼務
管理栄養士	1名以上	常勤	特養と兼務

6 通所介護サービスの概要及び利用料金

(1) サービス内容

ご利用者各々の居宅サービス計画書（ケアプラン）に基づいて、通所介護計画を作成しサービスの提供をいたします。

- 入浴—利用者個々に応じた入浴設備を使用し、入浴していただきます。  
但し、体調不良の場合は中止することがあります。
- 排泄—利用者個々にあった方法で排泄ケアを行います。
- 食事—利用者個々にあった食事形態で食事を提供します。
- 栄養改善—栄養状態の改善のためのケアを行います。
- 口腔機能向上—口腔機能の改善のためのケアを行います。
- 機能訓練—運動機能向上のためのケアを行います。
- レクリエーション—楽しく過ごして頂くために様々なレクリエーションを行います。
- 生活相談—日常の生活における様々なお困り事、お悩み事などの相談を随時行います。
- 送迎—施設で送迎サービスをします。  
なお、迎えは8時05分より開始し、送りは16時30分より開始いたします。
- 理美容サービス—定期的に業者による理美容を行います。（実費負担）

(2) 利用料金（1日当りの基本料金：大規模型Ⅰ事業所）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満	356円	407円	460円	511円	565円
4時間以上5時間未満	374円	428円	484円	538円	594円
5時間以上6時間未満	541円	640円	739円	836円	935円
6時間以上7時間未満	561円	664円	766円	867円	969円
7時間以上8時間未満	626円	740円	857円	975円	1092円

(3) 各種加算

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日につき	22単位を加算
・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日につき	18単位を加算
・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日につき	6単位を加算

※（Ⅰ）または（Ⅱ）または（Ⅲ）のいずれかの加算になります。体制強化加算の変更に  
 ついては、その旨連絡いたします。

入浴介助加算（Ⅰ）	40単位／日
入浴介助加算（Ⅱ）	55単位／日
個別機能訓練加算（Ⅰイ）	56単位／日
個別機能訓練加算（Ⅰロ）	85単位／日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位／日
栄養改善加算	150単位／回（月2回まで、原則3ヶ月以上）
中重度者ケア体制加算	45単位／日
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150単位／回（月2回まで、原則3ヶ月以上）
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位／回（月2回まで、原則3ヶ月以上）
若年性認知症利用者受入加算	60単位／日
認知症加算	60単位／日
ADL維持等加算（Ⅰ）	30単位／月
ADL維持等加算（Ⅱ）	60単位／月
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20単位／回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5単位／回
科学的介護推進体制加算	40単位／月
感染症・災害時利用者減の場合の加算	3％／回
栄養アセスメント加算	50単位／月

(4) 送迎を実施していない場合の減算⇒片道につき47単位を所定点数から減算

(5) 利用者様と同一建物に対する減算⇒1日につき94単位を所定点数から減算

※当施設のケアハウスの本館・新館にお住まいの方は上記の単位数を所定の単位数より差し引かせていただきます。傷病等により、維持的に送迎が必要な利用者様、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者様に対して、送迎を行う場合は減算を行わない。

(6) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)=所定単位数(基本サービス+加算・減算)×5.9%

※小数点以下は、四捨五入になります。

(7) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)=所定単位数(基本サービス+加算・減算)×1.2%

※小数点以下は、四捨五入になります。

(8) 介護職員等ベースアップ等支援加算=所定単位数(基本サービス+加算・減算)×1.1%

※小数点以下は、四捨五入になります。

(9) その他の負担金

①食費 680円

※都合、体調不良等の理由に関わらず、午前9:30までに休みの連絡がない場合、又は来所後、体調不良等で途中退所され、昼食を食べられなかった場合は食事代を頂くことになります。

②おやつ代 100円

③飲み物代 60円

④理美容サービス 定期的に業者による理美容を行います。(実費負担)

⑤通常の事業実施地域を越える送迎—旧関市を越えた地点から1kmにつき60円

⑥紙おむつ・紙パンツ 130円/枚 尿パット 40円/枚

※紙おむつ・紙パンツ・パットなどについては、ご持参していただくことを原則としていますが、必要に応じ施設で対応いたします。

※使用した紙おむつ、紙パンツ、パットの代金は、毎月の利用料金と一緒に請求いたします。

7 事業の実施地域及び営業日

通常の事業実施地域	平成17年2月7日合併前の関市の区域
営業日	月曜日～日曜日 (12月31日～1月2日を除く)
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	9:15～16:30
その他	通常の実施地域外については相談応

8 苦情処理体制

苦情処理窓口	施設担当者	生活相談員
	問い合わせ先	ほほえみ福寿の家 TEL 0575-24-9570
外部苦情処理窓口	第三者委員	吉田宗弘(有識者) TEL 0575-22-4561
	第三者委員	北村隆幸(有識者) TEL 090-4327-9102
	公的機関	関市高齢福祉課 TEL 0575-22-3131
		国民健康保険団体連合会 TEL 058-275-9826
	岐阜県運営適正化委員会 TEL 058-278-5136	
苦情受付時間	施設担当者	8:30～17:30

9 非常災害時の対策

防火管理者	宮坂 裕一(特別養護老人ホーム 生活相談員)	
地域との連携	稲口自主防災組合と連携	
防災訓練等	年2回実施(1回は夜間想定)	
防災設備	設備名称	設備名称
	避難階段	屋内消火栓設備
	避難口	スプリンクラー
	防火扉	自動火災報知設備
	非常通報装置	非常警報装置
	誘導灯及び誘導標識	非常電源

## 1 0 事故発生時・緊急事態・異常事態対応体制

緊急事態・異常事態発生時には別紙緊急連絡体制に従って対応します。

- ・事故発生防止の措置を適切に実施するための担当者を置き、事故防止検討委員会及び従業員に対する研修を定期的に行います。
- ・事故発生防止のための指針の整備をします。
- ・サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ・緊急事態・異常事態発生時には施設の緊急連絡体制に従って対応します。

事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、利用者に故意又は過失が認められる場合には、この限りではありません。

## 1 1 身体拘束の制限について

サービスの提供に当たっては、利用者の生命又は身体を保護するため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を実施しません。なお、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、ご家族に説明し、同意を得て、その態様及び時間、その際の身体状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。

## 1 2 サービスご利用上の留意事項

敷地内での喫煙はご遠慮いただきます。

- ・他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
- ・施設の設備・備品は損傷することのないよう充分留意願います。
- ・他のご利用者に感染する可能性のある疾病に罹患している場合は、サービスのご利用を見合わせ、又は中止する場合があります。
- ・サービス利用中の様態変化についてはご家族に対応していただくことになります。但し、状況により施設が直接かかりつけ医師に報告しその指示により対応させていただく場合があります。

## 1 3 虐待防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の予防のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者：デイサービス部長 村山 佳奈栄

虐待防止に関する窓口：生活相談員

- (1) 成年後見制度の利用を支援します。
- (2) 苦情解決体制を整備しています。
- (3) 定期的に虐待防止のための委員会を開催します。
- (4) 虐待防止に関する責任者を選定
- (5) 虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (5) 虐待防止のための指針を整備します。

#### 1.4 秘密保持について

業務上知り得た、本人及びご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。  
この守秘義務は契約終了後も同様です。

但し、介護サービスを提供する他事業所との連携に必要な場合は、文書による本人または家族の同意を得た後、関係先にのみ提供できるものとします。

#### 1.5 ハラスメントについて

ハラスメントに関する事業者の取り組みとして、職場内でのハラスメント対策を行う。  
利用者、家族または身元保証人等から、事業所及びそのサービス従事者、その他関係者に対し、故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合はサービス利用を一時中止もしくは契約を解除する。

#### 1.6 情報公開について

サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容の記録は、5年間保管します。ご利用者もしくはその代理人の請求に応じてその内容を公開します。

#### 【第三者による評価の実施状況等】

実施した直近の年月日：令和1年11月5日

実施した評価機関の名称：特定非営利活動法人 岐阜後見センター

当該結果の開示状況：[www.pref.gifu.lg.jp](http://www.pref.gifu.lg.jp)（岐阜県ホームページ）

#### 1.7 改定について

この重要事項説明書を改定する場合、軽微な事項及び法改正に伴う事項については通知を持って同意を頂いたものとします。但し、変更事項に同意できない場合は契約を解約できるものとします。

#### 1.8 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の予防及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から必要時の委員会の開催、施設としての指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施等取り組みます。

感染予防の観点等から、ご利用者様又はご家族様の同意がある場合、サービス担当者議等出席時、テレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行います。

その際、個人情報の適切な取扱いには十分に留意いたします。

#### 1.9 業務継続計画の策定等

感染症又は非常災害の発生において、利用者に対する指定介護の提供を継続的に実施するための計画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、その計画に従い必要な措置を講じます。

事業者は、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実施します。

事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行います。

本書面について本日説明を受けたことを確認します。又、上記に定められた利用料金を遅滞なく支払うことに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

ご家族等 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
ご関係 \_\_\_\_\_

当事業所は、\_\_\_\_\_様に対する通所介護サービスの提供にあたり、上記のとおり重要事項について説明を致しました。

令和 年 月 日  
事 業 者 住 所 岐阜県関市稲口845番地  
名 称 社会福祉法人 桜友会  
デイサービスセンターほほえみ

説 明 者 \_\_\_\_\_

緊急事態・異常事態連絡網（別紙）を添付