

デイサービスセンターほほえみ介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防通所型サービス重要事項説明書

令和5年12月1日改定

当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
施設長名	高井 澄恵
指定事業所番号	2170200279
電話番号	0575-24-6388 FAX 0575-24-9571
サービスの種類	介護予防通所型サービス
指定年月日	平成12年1月28日
利用定員	50名(通所介護利用者含む)

3 事業の目的および方針

(1) 事業の目的

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、介護予防サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

- ・介護予防通所型サービスの提供にあたって、認知機能の低下や閉じこもり予防のため、引きこもりがちな利用者や軽度認知症等のリスクのある利用者に、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ができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、心身機能の回復を図り、もって生活機能の維持又は向上を目指します。
- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・利用者の状態を踏まえながら、住民主体による支援等の多様なサービスの利用を促進し、運動・レクリエーション等を行うことにより、利用者の心身の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- ・事業の実施に当たっては、地域の結びつきを重視し、利用者の所在する市町村、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

- ・「関市介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービス及び通所型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱」に定める内容を遵守し、事業を実施します。

(3) 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。

(4) 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（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㎡
	利用定員	50名（通所介護を含む）

(2) 主な施設

設備の種類	数	面積
デイサービスセンター	1	285㎡
機能訓練室	1	46㎡
浴室	1	28㎡
脱衣室	1	14㎡
便所	1	15㎡

5 勤務体制及び勤務形態

職種	人数	勤務形態	備考
管理者	1名以上	常勤	
生活相談員	1名以上	常勤	介護職員との兼務(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 介護予防通所型サービスの概要及び利用料金

(1) サービス内容

ご利用者各々の介護予防ケアプランの内容に沿って、介護予防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—日常生活における様々なお困りごと、お悩み事などの相談を随時行います。
- ・送迎—必要な方は施設で送迎を行います。迎えは8時05分より、送りは16時30分より開始いたします。尚、利用状況により、これより遅くなる場合や早くなる場合は職員よりご連絡いたします。
- ・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) サービス利用料金

	利用回数	基本料金	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)
事業対象	週1回	1,672 単位	1,672 円	3,344 円
要支援1	週1回	1,672 単位	1,672 円	3,344 円
要支援2	週2回	3,428 単位	3,428 円	6,856 円

※事業対象につきましては、要支援2相当、送迎圏外地域に在住、その他市長が認める特別な理由が認められる方に限りご利用ができます。

(3) 各種加算(1ヶ月あたり)

	要支援 1	要支援 2
サービス提供体制強化加算(I)	88 単位	176 単位
サービス提供体制強化加算(II)	72 単位	144 単位

※サービス提供体制強化加算は(I)又は(II)のいずれかの加算になります。

サービス体制強化加算の変更についてはその旨連絡いたします。

運動器機能向上加算	225 単位/月
栄養改善加算	200 単位/月
口腔機能向上加算	150 単位/月
事業所評価加算	120 単位/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月

※事業所評価加算は、一定の基準を達成し、認められた期間のみ取得できる単位です。

算定の際は、その都度ご連絡いたします。

選択的サービス複数実施加算(I) ⇒運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上訓練のうち2種類実施	480 単位/月
選択的サービス複数実施加算(II) ⇒運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上訓練のうち3種類実施	700 単位/月

(4) 利用者様と同一建物に対する減算】

	要支援 1	要支援 2
同一建物に対する減算	376 単位/月	752 単位/月

※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、継続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になりません。

(5) 介護職員処遇改善加算

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%
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%
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。

(6) 個人負担金 (1日あたり)

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旧関市を越える地域の送迎は、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/1枚、尿パット40円/1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。

※使用した紙オムツ、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に応じます。

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	TEL 0575-24-6388/0575-24-9570
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 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為、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。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となります。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もあります。

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) 虐待防止のための研修を定期的に行います。
- (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。又、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（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、サービス担当者会議等出席時、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。

以上

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、_____様に対する介護予防通所型サービスの提供にあたり、上記の通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