

デイサービスセンターさくら 重要事項説明書 (第1号通所事業)

当事業者はご契約者に対して第1号通所事業サービスを提供します。
サービス提供開始にあたって、事業所の概要や提供されるサービス内容等、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

(1) 事業者の名称	社会福祉法人 横手福祉会
(2) 事業者の所在地	〒013-0036 秋田県横手市駅前町14番9号
(3) 代表者氏名	理事長 佐々木 兼光
(4) 設立年月日	平成 21年 8月 10日
(5) 電話番号	0182-38-8033
(6) F A X 番号	0182-38-8035

2. ご利用施設の概要

(1) 施設の名称	デイサービスセンター さくら
(2) 施設の所在地	秋田県横手市駅前町14番9号
(3) 管理者氏名	高橋 優子
(4) 介護保険事業所の指定	種類：第1号通所介護事業 番号：横手市 0570318378号
(5) 電話番号	0182-38-8033
(6) F A X 番号	0182-38-8035
(7) 利用人数・営業日	定員18名：月～土営業 *ただし12/31～1/2は除く
(8) 営業時間	9時00分 ～ 16時00分

3. ご利用施設の併設事業所

- ① (1) 施設の種類 特別養護老人ホーム さくら
(2) 介護保険事業所の指定 種類：地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
定員29人
番号：横手市 0590300158号
- ② (1) 施設の種類 老人短期入所施設（介護予防）さくら
(2) 介護保険事業所の指定 種類：短期入所生活介護 定員20人
番号：横手市 0570318386号

4. 事業の目的と運営の方針

- (1) 事業の目的
要支援状態にある高齢者に対し、適正な第1号通所事業を提供することを目的とします。

(2) 施設運営の方針

利用者の要支援状態の心身の特徴を踏まえて、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上、並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。

5. 事業所の職員の職種、職務内容及び人員

(1) 管理者 1名（生活相談員兼務）

管理者は従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている第1号通所事業の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。

(2) 生活相談員 2名以上（1名管理者兼務）

生活相談員は、事業所に対する第1号通所事業の利用の申し込みに係る調整、ご利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行い、また他の従業者と協力して第1号通所事業通所介護計画の作成等を行います。

(3) 介護職員 3名以上

介護職員は第1号通所事業通所介護計画に基づき、必要な日常生活の世話、介護及び機能訓練を行います。

(4) 看護職員 1名以上

看護職員は、ご利用者の健康管理及び看護を行うとともに、事業所における衛生管理等の業務を行います。

(5) 機能訓練指導員 1名以上

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。

6. 提供するサービスの内容

【介護計画書の作成】

- ・ご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、ご利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた第1号通所事業通所介護計画（以下「計画」といいます。）を作成します。
- ・計画の作成に当たっては、その内容についてご利用者又はご家族に対して説明し、ご利用者の同意を得ます。
- ・計画の内容について、ご利用者の同意を得たときは、計画書をご利用者に交付します。
- ・それぞれのご利用者について、計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。

【食事の提供および支援】

- ・食事の提供及び支援が必要なご利用者に対して、見守り等の支援を行い状態に応じた食事の提供を行います。

【排泄支援】

- ・支援が必要なご利用者に対して、見守りや声掛け、確認等の支援を行います。

【入浴の提供及び支援】

- ・入浴の提供及び支援が必要なご利用者に対して、安全に入浴していただけるよう支援します。

【更衣支援】

- ・必要なご利用者に対して、見守りや声掛け、確認等の支援を行います。

【移動等への支援】

- ・安全に行っていただくために必要な支援を行います。

【機能訓練・レクリエーション】

- ・ご利用者の能力・心身等の状況に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、機械・器具等を使用した機能訓練を行います。またご利用者の選択に基づき、創作活動等の場を提供します。

【健康管理】

- ・看護職員が健康管理を行います。

【送迎サービス】

- ・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。
サービス提供区域は横手市（旧横手市・平鹿町・山内村・大雄村）となります。

7. 利用料に関すること

ご利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、ご利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 介護保険給付対象

要介護度		単位	利用料	利用者 1割 負担額	利用者 2割 負担額	利用者 3割 負担額	備 考
基本	事業対象者・ 要支援Ⅰ	1ヵ月	16,720円	1,672円	3,344円	5,016円	週1回程度利用で、 月4回を超えた場合
		1回	3,840円	384円	768円	1,152円	週1回程度利用で、 月4回以内の場合
	事業対象者・ 要支援Ⅱ	1ヵ月	34,280円	3,428円	6,856円	10,284円	週2回程度利用で、 月8回を超えた場合
		1回	3,950円	395円	790円	1,185円	週2回程度利用で、 月8回以内の場合
加算分	生活機能向上グ ループ活動加算	1ヵ月	1,000円	100円	200円	300円	生活機能の向上を目的 としたグループ活動を行 った場合
	運動器機能向上 加算	1ヵ月	2,250円	225円	450円	675円	運動機能向上サービス を利用した場合
	若年性認知症利 用者受入加算	1ヵ月	2,400円	240円	480円	720円	受け入れた若年性認知 症利用者ごとに個別の 担当者を定めている

加算分	科学的介護推進体制加算	1 ヶ月	400 円	40 円	80 円	120 円	利用者毎の基本情報を厚生労働省に提出。フィードバックを受けサービス計画見直し等活用している
	サービス提供体制強化加算 I	1 ヶ月	1,440 円	144 円	288 円	432 円	勤続 10 年以上の介護福祉士が占める割合が 25%以上
	① 介護職員処遇改善加算 I	1 ヶ月	注 1		注 1-2	注 1-3	基本サービス費に各加算を加えた総単位数に加算

※ 該当する加算が算定されます。

※ 注 1：総単位数に 9.2%を乗じた額

※ 注 1-2：「注 1」で算出した 2 倍の額

※ 注 1-3：「注 1」で算出した 3 倍の額

※ 利用者に対して、ご自宅と事業所との間の送迎を行わなかった場合は、片道につき基本利用料 470 円（1 割負担 - 47 円・2 割負担 - 94 円・3 割負担 141 円）が減算されます。

(2) その他の費用（介護保険給付外）

- ・食費（1 回あたり）：昼食 650 円（おやつ含む） おやつのみ場合は 100 円
- ・レクリエーション材料費、日常生活上必要な物品の購入費：実費
- ・サービス記録複写物の交付（1 枚）：20 円

(3) キャンセル料

利用予定日の当日にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、ご利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は無料とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日まで	無料
利用予定日の当日	650 円

(4) 利用料金の支払方法

利用料金・費用は、1 か月ごとに計算しご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。利用料の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

- ・窓口での現金支払
- ・指定口座への振り込み

秋田銀行	横手条里支店	普通預金	6 2 9 3 0 6
北都銀行	横手駅前支店	普通預金	1 1 5 9 0 1 0
J A 秋田ふるさと	本店		0 0 0 4 0 3 6
- ・指定口座からの引き落とし

秋田銀行・北都銀行・J A 秋田ふるさと

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中にご利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに以下の主治医及びご家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名 所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	
	電話番号 (自宅)	
	(携帯) (職場)	

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、状況に応じて横手市及び秋田県平鹿地域振興局福祉環境部へ速やかに報告いたします。

10. 衛生管理等について

施設の用に供する施設、食器、その他の整備又は飲用に供する水について、衛生上必要な措置を講じます。

施設において感染症の発生又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、食中毒及び感染症の発生防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言・指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

11. 苦情等申立先

(1) 事業者の苦情受付窓口

窓口担当者 管理者

ご利用時間 月曜日から土曜日 9:00～17:00

苦情受付ボックス (玄関に設置)

(2) 事業者以外の苦情受付機関

横手市役所	所在地	秋田県横手市中央町8-2	本庁舎4階
まるごと福祉課	電話番号	0182-35-2134	
介護保険係	FAX	0182-32-9709	

	受付時間 平日 8:30から17:15
秋田県 国民健康保険 団体連合会	所在地 秋田県秋田市山王4丁目2-3 市町村会館4階 電話番号 018-883-1550 FAX 018-883-1551 受付時間 平日 9:00から17:00
秋田県福祉サービス 相談支援センター	所在地 秋田市旭北栄町1-5 秋田県社会福祉会館 電話番号 018-864-2726 受付時間 平日 9:00から17:00

1.1. 第三者評価の有無 (有・**無**)

1.2. 非常災害時の対策

防災訓練を年2回実施し、非常災害時は事業所で作成している非常災害計画に基づき対応します。また、防災設備として、消化器設備、自動火災報知設備、火災通報装置、防排煙設備、避難器具設備、誘導灯設備等を設置しています。

1.3. 高齢者虐待防止について

当施設は、ご利用者等の人権擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 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 人権擁護・虐待防止委員会委員長

(2) 従業者に対する人権擁護・虐待防止を啓発するための研修を実施しています。

(3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(4) サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

1.4. 秘密保持等

(1) 事業者および事業者の使用する職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者およびその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、職員の雇用契約終了後も同様とします。

(2) ご利用者から予め文書を同意で得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し、ご利用者の個人情報を提供いたしません。

1.5. サービスの利用にあたっての留意事項

【体調不良時の対応方法】

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。事業者は利用者の健康状態によりサービスの実施が困難と判断した場合は、サービスを中止することがあります。なお、デイサービスでは病院受診の対応はできませんので御了承ください。
- ・体調や容体の急変などにより予定日のサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員及び当事業所の担当者へご連絡ください。

【居室・設備・器具の利用】

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

【感染症等発生・流行時】

- ・事業所内での蔓延防止のため、レクリエーションの内容等について制限することもありますので、ご協力をお願いいたします。

【迷惑行為等】

- ・当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動、その他行為を行わないようお願いします。
- ・ハラスメント行為などより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの中止や契約を解除することもあります。
- ・職員に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為は行わないでください。
- ・無断で職員の写真や動画撮影、録音等をSNS等に掲載しないでください。

【その他】

- ・施設内は禁煙です。

私は、第1号通所事業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、
交付しました。

説 明 日 令 和 年 月 日

説明者職氏名

デイサービスセンター さくら

生活相談員

印

私は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、第1号通所事業サービスの提供開始
に
同意し、受領しました。

同 意 日 令 和 年 月 日

利用者

住 所

氏 名

印

利用者のご家族または代理人

住 所

氏 名

印