

介護予防通所介護相当サービス事業(デイサービスセンター かりゆし)

重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定介護予防通所介護相当サービスを提供いたします。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明いたします。

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 心の会
法人所在地	沖縄県島尻郡久米島町字嘉手苅533番地1
電話番号	098-985-3900
代表者名	理事長 照屋 圭太
設立年月日	2011(平成23)年10月14日

2. 事業所の概要

事業所種類	指定介護予防通所介護相当サービス事業所
事業所指定番号	4775800081
事業所の目的	・要支援状態にある高齢者に対し、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、心身機能の維持回復並びに、生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。
事業所名	デイサービスセンター かりゆし
事業所所在地	沖縄県島尻郡久米島町字真我里366番地
電話番号	098-985-8800
事業所管理者	比嘉 隆之介
運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ●利用者様の意思及び人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ってサービスを提供します。 ●事業所の介護従事者は、要支援状態にある高齢者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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、心身機能の維持回復並びに、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の支援及び機能訓練等の介護その他必要な支援を行います。 ●事業の実施にあたっては、医療機関や他の介護保険事業所、関係行政機関や地域との密な連携を図り、社会福祉法人の行う事業所として質の高い総合的なサービスの提供及び運営を行います。
開設年月日	2016(平成28)年4月4日
利用定員	34名/日 ※通所介護・予防通所介護予防通所介護相当サービス利用者の合計数

施設設備概要	●食堂(1室)、機能訓練室(1室) ●静養室(1室) ●脱衣室・浴室(1室) ●相談室(1室:事務室内設置) ●トイレ(男女別、車いす対応) ●事務室(1室) ●調理室(1室) ●倉庫兼職員休憩室(2室) ●消防設備等(自動火災報知設備、非常放送設備、誘導灯、消火器)
--------	--

3. 事業実地地域及び営業時間

実 施 地 域	久米島町全域
営 業 日	月曜日から金曜日(祝祭日も含む) 但し、土曜日・日曜日・年末年始(12/31、1/1)と台風時やその他災害時を除く
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	午前9時20分から午後4時25分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定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。

職種	人数	形態	職務内容
管 理 者	1名	常勤兼務	事業所の従事者の管理及び業務の管理を行う。 他の従事者と協力して(介護予防)通所介護計画の作成を行う。
生活相談員	1名以上	常勤兼務	事業所に対する(介護予防)通所介護申込みに係る調整、相談援助等を行う。
看護職員	1名以上	常勤兼務 非常勤専従	利用者様の体調、健康状態をチェックし、他の職員との連携に努め利用者様の健康管理を行う。
機能訓練員	1名以上	常勤兼務	日常生活を営むのに必要な機能の向上、維持、そして減退を防止する訓練指導及び助言等を行う。
介護職員	常勤換算 4名以上	常勤(専従/兼務) 非常勤(専従/兼務)	利用者様の送迎をはじめ、レクリエーション、入浴、排泄等の通所介護利用上の支援、その他コミュニケーションを図り、精神面においてもサポートを行う。

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、利用者様に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

【サービスの概要】

- ①日常生活の支援及び日常生活上の介助を行います。
- ②健康状態観察・内服管理・血圧測定等、利用者様の心身状態の把握を行います。

- ③利用者様の心身状態に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
- ④食事の提供及び食事の介助を行います。(食事サービスの利用は任意です)
- ⑤利用者様の心身の状況に応じ、入浴又は足浴、清拭、衣服の着脱、身体の清潔、洗髪等の介助を行います。
- ⑥利用者様の心身の状況に応じて適切な排泄の介助を行うとともに、排泄の自立について適切な支援を行います。
- ⑦利用者様の希望によりご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
- ⑧利用者様及びその家族の日常生活上における介護等に関する相談・助言を行います。

(利用料金)

- ①利用料金は厚生労働大臣が定める「介護報酬告示上の額」とします。
- ②提供した指定介護予防通所介護相当サービスが法定代理受領サービスの場合、介護保険法に基づき、利用者の自己負担額は、各利用者の負担割合に応じた額を入所者の負担額とする。

ア 保険給付／自己負担

【1回あたりのサービス利用料金】

下記の料金表によって、ご契約者の要介護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)をお支払い下さい。自己負担記載額は、負担割合1割の方を基準にしております。ご注意ください。

オ 介護予防通所介護相当サービス

保険給付／自己負担(利用料金は1ヵ月ごとの包括(定額)費用と回数に応じた費用です)

◇回数利用の場合(要支援1=月1~4回) (要支援2=月1~8回)

要 介 護 度 と サ ー ビ ス 利 用 料 金	要支援1 4,360 円/1回につき	要支援2 4,470 円/1回につき
介 護 保 険 か ら 給 付 さ れ る 額	3,924 円	4,023 円
自 己 負 担 額	436 円	447 円

◇包括(定額) (要支援1=月4回) (要支援2=月8回)

要 介 護 度 と サ ー ビ ス 利 用 料 金	要支援1 17,980 円	要支援2 36,210 円
介 護 保 険 か ら 給 付 さ れ る 額	16,182 円	32,589 円
自 己 負 担 額	1,798 円	3,621 円

カ 介護予防通所介護相当サービス加算 保険給付／自己負担

加算項目	算定種別	加算額	保険給付額	自己負担額
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1ヵ月につき	サービス提供時間に応じた基本利用料に加算、減算を加えた額の8.0%/月		

③その他の費用(表示額は税込額)

- ・食費料金 昼食550円(おやつ代含む)
- ・理美容代 1回 1,000円 ※理美容時間はサービス提供時間に含まない

・紙おむつ代(原則実費)1枚

- ①リハビリパンツ ②尿とりパッド ③フラットタイプ ④テープタイプ
- ⑤夜1枚安心パッド ⑥長時間安心パッド

その他の費用にかかるサービスの提供に当たって、あらかじめ利用者又はそのご家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明し、同意を得るものとします。

② 支払方法

毎月20日頃に前月分の請求書をお渡しいたします。27日が口座引落日となりますので、残高のご確認をお願いいたします。(原則として、金融機関の口座引き落としをお願いいたします。)

6. サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) 事業所において、従業者又は他の利用者に対し、宗教活動及び政治的活動、その他営利を目的とした勧誘等の行為は行ってはならないものとする。
- (1) 事業所において、暴力行為や誹謗中傷等の他の利用者に迷惑になる行為を行わないものとする。
- (2) 金品等の貴重品は、自己の責任で管理するものとする。
- (3) 体調不良時の際は、無理をせず職員に申し出ることとする。

7. 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、必要な設備を整えるとともに、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2回利用者及び職員等の訓練を行います。

8. 緊急時の対応

サービスの提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や医療機関への連絡等必要な措置を講じ、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡をします。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市区町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、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。

10. 秘密保持に関する対策

事業者及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員と雇用契約の内容としています。

11. 利用者の尊厳

利用者様の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成、職員教育を行います。

12. 身体拘束の禁止

原則として、利用者様の自由を制限するような身体拘束を行わないものとします。ただし、緊急やむを得ない理由により身体拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者様及びそのご家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の利用者様の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由について記録するものとします。(別紙身体拘束廃止に関する指針をご参照ください)

13. 苦情の受付

当事業所は、利用者様又はその家族等からの苦情又は相談(以下「苦情等」という。)に対応するため、第2項に記載する窓口及び担当者を設置し、円滑かつ迅速に苦情等の解決に努めます。

苦情等の受付から解決までの主な手順は次のとおりです。

- ① 苦情相談担当者は、利用者又はその家族等からの苦情等について苦情の内容、希望の確認を行い書面に記録します。
- ② 苦情相談担当者は、苦情等について関係者から事実確認を行います
- ③ 苦情相談担当者は、苦情等を申し出た利用者等と解決に向けた話し合いを行い、解決案、改善事項の検討を行います。
- ③ 解決に向けた必要な措置を行い、利用者等へ行った措置や改善事項の報告を行います。
- ④ 苦情相談担当者は、苦情受付から解決、改善までの経過を記録します。

2 当事業所における苦情やご相談の窓口、その他行政機関等の苦情・相談窓口は以下のとおりです。

デイサービスセンター かりゆし 苦情受付窓口 担当:比嘉 隆之介	所在地:久米島町字真我里366 電話番号:098-985-8865 受付時間:8:30~17:30(月~金)
久米島町役場 福祉課	所在地:久米島町字比嘉2870 電話番号:098-985-7124 受付時間8:30~17:15:(月~金)
沖縄県介護保険広域連合	所在地:読谷村比謝疔55 複合施設2階 電話番号:098-911-7501 受付時間:8:30~17:15(月~金)
沖縄県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理相談窓口	所在地:那覇市西3-14-18 電話番号:098-860-9026 受付時間8:30~17:15:(月~金)
沖縄県 南部福祉事務所 地域福祉班	所在地:南風原町字宮平212 電話番号:098-889-6364 受付時間:8:30~17:15(月~金)

3 当事業所は、市町村や沖縄県国民健康保険団体連合会等からの調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合には必要な改善を行います。

14. サービス提供の記録

事業者は、利用者に対して提供したサービスに関する記録を作成し、この契約終了後5年間保存します。

15. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	

【 附属書類① 】

個人情報使用同意書

私(利用者及びその後見人もしくは家族又は身元引受人)の個人情報については、
以下に記載する目的においてのみ使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- ① 介護保険サービスを円滑に提供するために、実施されるサービス担当者会議に必要となる場合
- ② 介護支援専門員、地域包括支援センター、介護サービス事業所、自治体(保険者)、医療機関、
その他社会福祉団体等との連絡調整での情報提供
- ③ サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等の場合
- ④ サービス利用にかかわる管理運営のため
- ⑤ サービスの維持・改善にかかる資料のため
- ⑥ 利用者に病状の急変が生じた場合
- ⑦ 利用者の心身の状況などを家族に説明する場合
- ⑧ 介護保険事務に関する情報提供の場合
- ⑨ 損害賠償保険等に係わる保険会社又は公的機関等への相談または届出
- ⑩ 法令上義務付けられている、関係機関(医療・警察・消防等)から依頼があった場合
- ⑪ 当事業所内部での利用
 - ・事業所内でのカンファレンス・介護記録
 - ・送迎車両への氏名等の掲載

2. 使用する期間

契約締結日から契約終了日まで(契約書署名日の日付とする)

3. 条件

- (1)個人情報の提供は必要最小限とし、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う。
- (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請求があれば開示する。
- (3)個人情報については、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。

【肖像権について】

当法人の社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用様の映像・写真を使用させていただきたい場
合がございます。使用につきましては以下に○をご記入ください。

同意する

同意しない

【 附属書類② 】

【デイサービスセンターかりゆし緊急時対応説明書】

デイサービスセンターかりゆしでは、利用者様が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者様に急変が発生した場合は救急車の要請を行い、救急車を待ちながら心臓マッサージ(胸骨圧迫)やAED等の救急処置を行います。救急処置を行う際には下記のようなリスク(危険性)が伴うことを十分にご理解下さい。

(ご確認いただきましたら、□にチェック(☑)をお願いします)

- 高齢者の骨はもろく、心臓マッサージ(胸骨圧迫)を行った際には、肋骨や胸部の骨折をする恐れがあります。

【デイサービスセンターかりゆし利用時リスク説明書】

デイサービスセンターかりゆしでは、利用者様が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、入所者又は利用者様の身体状況や病状により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

(ご確認いただきましたら、□にチェック(☑)をお願いします。)

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による事故の恐れがあります。
- 当事業所では原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性が
あります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。
誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- サービス提供中は見守りを行いますが、職員体制やその他状況等により、異常の発見等
が遅れる場合があります。

安全の配慮に細心の注意を払い、業務に努めますが、上記項目にご留意いただきますようお願い申し上げます。なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、急変時に関する項目や上記項目について、急変時及び入所者の貴施設利用時のリスク

について説明を受け、十分に理解し内容について同意し交付を受け署名・捺印を行いました。

デイサービスセンターかりゆし(指定介護予防通所介護相当サービス)の利用開始にあたり、利用者様又はご家族に対して本書面に基づいて、重要事項の説明を行い同意の上交付いたしました。

事業所名称	デイサービスセンター かりゆし
説明者氏名	比嘉 隆之介
説明者職名	管理者

私は、重要事項説明書に基づいて、デイサービスセンターかりゆしについてのサービス内容及び重要事項について説明を受け同意し受領しました。

また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

また、附属する個人情報使用同意書及びリスク説明書(緊急時対応)についても説明を受け同意し受領しました。

令和 年 月 日

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 沖縄県島尻郡久米島町字
	氏名	

私は、本人に代わり、上記署名・捺印を行いました。私は、本人の同意を確認しました。また、利用者家族を代表し重要事項説明書内容について同意します。

家族代表 <input type="checkbox"/>	住所	<input type="checkbox"/> 沖縄県島尻郡久米島町字
代理人 <input type="checkbox"/>	氏名	

(続柄:)