

指定 介護予防・総合事業通所介護事業所重要事項説明書
(介護予防・総合事業デイサービス)

当事業者は介護保険の指定を受けています。
事業所指定番号 2873500140

当事業所はご契約者（以下「利用者」という）に対して介護予防・総合事業通所介護サービスを提供させていただくにあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容等、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業所の概要

- | | |
|--------------|---|
| (1) 事業所名 | デイサービスセンター光寿園 |
| (2) 所在地 | 兵庫県姫路市夢前町塩田118番地1 |
| (3) 連絡先 | 電話番号 079-336-1123 または 079-336-1101
FAX番号 079-336-1102 |
| (4) 管理者 | 小林 知子 |
| (5) 設立年月日 | 平成3年4月1日 |
| (6) 事業所の運営方針 | 利用者が社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご家族等の身体的・精神的負担の軽減を図るため、要支援1・2状態又は事業対象者にある高齢者に対し適正な介護予防・総合事業通所介護サービスを提供します。要支援者及び事業対象者の心身の状況を踏まえて、支援計画を立て、自立した日常生活を営むことができるよう、日常生活上必要な世話や支援及び機能訓練を行います。 |

2. 職員の配置状況(通常デイサービスとの兼務)

(1) 職員配置

管理者	1名(生活相談員と兼務)
生活相談員	2名(1名は介護職員と兼務)
介護職員	4名以上(1名は相談員と兼務)
看護職員	2名以上(機能訓練指導員と兼務)
機能訓練指導員	2名以上(看護職員と兼務)

(2) 配置職員の職務内容

管理者(施設長) 施設の業務を統括します。

生活相談員 利用者の日常生活上の自立支援や生活支援相談を行います。

介護職員 利用者の日常生活上の自立支援並びに介護のための相談助言等を行います。

看護職員 主に利用者の健康管理や療養上の世話、日常生活上の介助及び健康相談助言を行います。

機能訓練指導員 利用者の機能訓練を担当します。

3. 営業日及び営業時間

(1)営業日 月曜日から土曜日までと12月23日とします。(ただし、12月31日から1月3日まではお休みとさせていただきます。)

(2)サービス提供時間 9:00～16:30

4. 利用定員、通常の実施地域

1日の利用定員 25人(含む通所介護利用者)

通常の実施地域は、姫路市夢前町全域・田寺・御立、書写、書写台・香寺町です。

5. 提供するサービスの概要

(1) 食事の提供

- ・利用者の身体の状態を考慮した食事を提供します。
- ・身体の状態に応じて必要な食事介助も行います。
- ・利用者に提供する食費(昼食)は620円を頂きます。

(2) 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練も随時行います。

(3) 健康チェック

- ・看護職員が利用者の血圧、脈拍、体温等健康チェックを行い適切な健康管理を行います。

(4) 入浴・排泄

- ・健康チェックにより入浴できる方の入浴、または見守り介助を行います。身体の状態に応じて、必要な場合は特殊浴槽を使用して入浴も可能です。利用者の健康状態からして排泄介助の必要な方に介助を行います。

(5) レクリエーション、クラブ活動

- ・利用者の希望によりレクリエーション、クラブ活動等に参加して頂くことができます。ただし、材料代等の実費を負担願う場合があります。

(6) 送迎

- ・利用者の送迎については無料ですが、所定の時間外の送迎についてはできるだけご家族のご協力をお願いします。

6. 利用料金

利用者の支援度	要支援1 事業者対象	要支援2 事業者対象
基本となる利用単位	1,798単位／月	3,621単位／月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	24単位／月	48単位／月
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数×8.0%	
食 費	620円	

※金額の算出について単位数×10,14円で計算されます。

7. その他の諸費用実費

おむつ、衣類等、日常生活用品については、持参していただくか、実費で購入していただきます。

8. 利用料金のお支払い

サービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた自己負担分は利用月末に計算し、ご請求しますので、翌月初めにお支払い下さい。

9. 利用の中止・変更

(1)利用を中止または変更される場合は利用予定日の前々日までに申し出て下さい。

取消料は無料とします。

(2)前項の取消を当日された場合は原則として利用料をいただきます。

ただし、利用者の体調不良等正当な理由がある場合はこの限りではありません。

10. サービス利用をやめる場合(契約解除)

利用者はサービスの利用を7日間以上の予告期間をおいていつでも契約を解除することができます。

1 1. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、利用者に対してサービスを提供するにあたって、利用者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護に配慮するなど利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

なお「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、高齢者虐待と思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町村に通報いたします。

①利用者の生命、身体の安全に配慮します。

②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご利用者から聴取、確認します。

③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、随時避難、救出その他必要な訓練を行います。

④ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

ただし、コピー代は無料となります。

⑤ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

ただし、ご利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。

⑥ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに嘱託医師又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要処置を講じます。

⑦事業者及びサービス従事者または職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）

ただし、ご利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

また、ご利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご利用者の同意を得ます。

1 2. 損害賠償について

当通所介護事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認めれる場合には、利用者の

置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

当事業所ではひょうご福祉サービス総合補償制度に加入しています。

13. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 光寿園事務所
- 受付時間 毎日午前9時～午後6時
- ご利用方法 電話 079-336-1123 または 079-336-1101
ご意見箱 特養玄関に設置

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 078-332-5617 FAX 078-332-5650 受付時間 平日8時45分～17時15分(土曜日、日曜日、祝日 12月29日から1月3日を除く)
○姫路市高齢者支援課	所在地 兵庫県姫路市安田4丁目1番地 姫路市役所本庁2階 電話番号 079-221-2853 FAX 079-221-2444 受付時間 平日9時～17時(土曜日、日曜日、祝日、12月29 日から1月3日を除く)

14. ハラスメント行為の禁止事項

- (1) 事業者の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。
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為。
- (3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNSに掲載する行為。

※見守りカメラの設置、職員の写真を掲載する場合は個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意を受けて下さい。

15. 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者の受け入れを迅速に行い、継続的に実施します。また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措置を講じます。
- (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を実施します。
- (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。

令和 年 月 日

指定介護予防・総合事業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。

事業者 デイサービスセンター 光寿園

説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所

氏名 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅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、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所

氏名 印 （契約者との関係 ）

立会人

住所

氏名 印 （契約者との続柄 ）