

平田西デイサービスセンター 重要事項説明書

当事業者はご契約者に対して通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

法人名 社会福祉法人おおつか福祉会
代表者氏名 理事長 萬代輝正
開設年月日 昭和 52 年 11 月 2 日

2. 事業の目的

平田西デイサービスセンター（以下「事業所」という。）が行う、指定通所介護事業は、在宅生活を送る高齢者に対し、社会的孤立感を解消し、心身機能の維持向上を図るとともに、その家族の負担の軽減を図ることを目的とする。

3. 運営方針

1. 事業所の指定通所介護従業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、個々の生活が介護を通じて生きがいにつながるようなサービスの提供に努める。
2. 指定通所介護の提供に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業者その他地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図りながら、常に利用者の心身の状況、希望 及びその置かれている環境を踏まえて適切に行う。特に、認知症のある利用者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができるよう体制を整える。
3. 職員は利用者とのよりよい人間関係の構築に努め、専門職としての介護技術の向上、協力体制の確立を図る。
4. 前項の規程に基づき提供した指定通所介護については、常にその質の評価を行い、その改善を図るものとする。

4. 事業の概要

事業の種類		事業所の名称		島根県指定	介護保険指定日	事業開始日
通所介護		平田西デイサービスセンター		3270401072 号	H18. 3. 31	H18. 3. 31
所在地		島根県出雲市国富町 57-1		電話番号	0853-63-7337	
管理者名	板垣淳子		同事業所 生活相談員兼務			
定員		営業日		営業時間（提供）		休業日
25 名		月曜日～金曜日		9 時 20 分～16 時 30 分		土、日曜日 1 月 1 日～1 月 3 日
施設建物の構造		鉄骨造平屋建				
施設建物		建物延べ床面積 306. 72 ㎡				
通常の事業実施地域		出雲市				

通所介護（デイサービス）

職員体制					
サービス提供職員数	生活相談員 1 名以上（兼務含む）		機能訓練指導員 1 名（看護師兼務）		
	介護職員 3 名以上（兼務含む）		看護職員 1 名（機能訓練指導員兼務）		
職員勤務体制					
勤務時間	8：30～17：30				
職務内容					
生活相談員	利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言とその他援助を行う。				
看護職員	利用者の健康状態に注意しながら、医師の指示に基づき健康保持のための適切な措置を行う。				
介護職員	食事、入浴、清拭、排泄、その他通所介護サービスを行う。				
機能訓練指導員	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う。				
介護保険給付対象の主なサービス					
送迎	・ 利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスをおこないます。 （利用者宅等以外への送迎、家族不在の際の送迎は出来ません。）				
食事	・ 食事は、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮します。				
入浴	・ 当施設では、一般浴槽・個浴槽をしております。 ・ 入浴介助に関する職員研修を実施。 ・ 医師や看護師の指示により入浴することが適当でない場合は、全身もしくは部分清拭をおこないます。				
排泄	・ 利用者の排泄の介助をおこないます。				
利用料金 介護保険	(1 割負担額)		サービス提供時間 9：20～16：30（通常利用）		
要介護	1	2	3	4	5
通所介護（7～8 時間）	658 円/日	777 円/日	900 円/日	1,023 円/日	1,148 円/日
・ 入浴介助加算Ⅰ …40 円/日（実施者）					
※以下の加算は利用者全員が対象です。					
・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ） …22 円/日（勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上）					
職員の体制により、サービス提供体制強化加算（Ⅱ） …18 円/日					
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） … 6 円/日					
に変更する場合があります。					
・ 科学的介護推進体制加算…………… 40 円/月 厚生労働省との情報連携と活用。					
・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 口（令和 8 年 6 月から）…………（利用合計額×12.0%）円					
※送迎を施設が行わない場合、47 円/片道の減額があります。					
※ご利用時間に関して、利用者様のご希望、状況等を考慮し対応させていただきます					
実費負担となる（介護保険給付の対象とならない）サービスと利用料金					
食事提供に要する費用	利用者に提供する食事の材料費・調理費をご負担いただきます。 料金：（令和 8 年 8 月から）1 食 800 円 （※ご利用日当日の食事中止はご負担いただきます。）				
通常地域以外の送迎	通常の実施地域を越えた地点から 1km あたり 30 円で算出した金額をいただきます。				
外出・遠足参加費	当事業所が提供するサービスとして、外出・遠足などへ参加いただいた場合にかかった実費をご負担いただきます。				
公費助成（下記関連の受給者証・健康手帳等をお持ちの方は公費助成を受けられる場合あり。）					
原子爆弾被爆者、中国残留邦人等の支援、生活保護法※該当の可能性のある方は証書等を提示してください。					
介護保険負担割合					
一定額以上の所得のある第 1 号被保険者の利用者負担の割合が変わる場合があります。					
介護保険負担割合証をご確認ください。					
社会福祉法人等による利用者負担軽減制度					
当事業所は、社会福祉法人等利用者負担軽減制度を行っています。認定証をお持ちの方はご提示ください。					

5. 個人の情報の利用範囲について

利用者の主治医、サービス提供事業者間で利用者の認定情報、心身状況、家族状況等、サービスを提供する上で必要最小限の情報を扱わせていただきます。

6. 秘密保持について

事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険が及ぶ場合など正当な理由がある場合を除いては、契約中また契約終了後も第三者に漏らすことはありません。但し、利用者に係るサービス担当者会議での利用など正当な理由がある場合に限り、利用者及び家族の個人情報を用いることがあります。

7. 緊急時における対応について

サービス提供中に事故、利用者の症状の急変等、緊急事態が発生した際は、速やかに家族へ連絡をとり、必要に応じて主治医等への連絡等必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告します。また、管理者が保険者への報告を行います。

8. 非常災害対策

事業所は、非常災害に関する具体的計画を別に作成するとともに、非常災害に備えるため、想定される災害に係る避難訓練、救出その他必要な訓練は併設施設に準じて合同で行う。

9. 衛生管理及び感染症対策について

事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲料水について、その衛生的管理に努めます。

職員、利用者の日常の手洗い、消毒、マスクの着用、検温等、事業所内において感染症が発生又は蔓延しないよう必要な措置を行ないます。

事業所は、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施を行います。

10. 感染症及び災害等の発生した場合の業務継続について

事業所は、感染症及び災害等が発生した場合に介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、計画（業務継続計画）の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施を行います。

11. 虐待防止について

事業所は、虐待の防止のための指針を整備し、虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催、従業者への周知徹底、定期的研修の実施、それらを適切に実施するための担当者を設けて、虐待の発生、再発の防止に努めます。

12. 身体拘束等の適正化について

事業所は、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等の廃止に努めます。

身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し保存を行います。

13. 福祉サービス第三者評価について

当事業所は、福祉サービス第三者機関の実施するサービス評価の審査は受けておりません。

14. 苦情の受付について

居宅介護支援についてのご相談や苦情、居宅サービス計画に基づいて提供した介護サービスに関するご相談や苦情は、遠慮なく下記までご連絡ください。担当者が不在のときは、基本的事項については他の職員が対応し、担当者に引き継ぎます。

苦情受付担当者は、受付けた苦情を理事長に報告し、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。苦情申出人に改善を約束した事項については一定期間後その結果を報告します。

島根県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	0852-21-2811
出雲市役所健康福祉部高齢者福祉課	0853-21-6972

○苦情受付相談窓口		
[苦情解決責任者]	管理者	板垣淳子
[担当者]	生活相談員	渡部栄里
[電話番号]	0853-63-7337	
○受付時間	月曜日～金曜日	9:00 ～ 17:00

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

平田西デイサービスセンター

説明者 職名 氏名

私は、本書面に基つき事業者から重要事項の説明を受け、サービス開始に際して、その内容を理解し同意しました。

令和 年 月 日

ご利用者 住所

氏名

ご家族 住所

氏名