

平田西デイサービスセンター 重要事項説明書
介護予防・日常生活支援総合事業

当事業者はご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」といいます。）通所型（独自）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、事業所と言う）が行う、指定総合事業・通所型介護事業は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要支援状態（事業対象者状態）になった者のうち、居宅において介護を受けようとする者が、事業所に通所しながら必要な日常生活上の世話及び機能訓練等を受けることにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、もって利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう援助することを目的とする。

3. 運営方針

- 1 事業所の従業者は、利用者に対してサービスの提供方法を理解しやすいように説明する、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通所介護の提供に努めるものとする。
- 2 利用者の心身機能、環境等を把握し、介護保険外サービス等の利用効率性・柔軟性考慮した上で利用者の出来ることは、利用者が行うことを基本としたサービス提供に努める。
- 3 サービス提供の開始にあたり、利用者の心身の状況を把握し、個々のサービス目標、内容、実施期間を定めた個別計画を作成し後、実施状況の把握をすること。また、モニタリング結果を指定総合事業支援事業者へ報告するものとする。
- 4 前項の規定に基づき提供した指定総合事業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（従前相当）		平田西デイサービスセンター		3270401072 号	H18. 3. 31	R6. 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 m ²				
通常の事業実施地域		出雲市				

総合事業通所型（独自）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 介護職員 3 名以上	看護職員（機能訓練指導員兼務）1 名 機能訓練指導員（看護職員兼務）1 名	
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。 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。 食事、入浴、清拭、排泄、その他介護予防通所介護サービスを行う。 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。		
看護職員			
介護職員			
機能訓練指導員			
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状況及び嗜好を考慮します。		
入浴・排泄	・利用者の有する能力に応じて入浴・排泄の必要な介助をおこないます。		
利用料金 総合事業通所型独自			
認定区分	事業対象者	要支援 1	要支援 2
基本通所型独自（週 1 回程度）	1,798 円/月	1,798 円/月	1,798 円/月
基本通所型独自（週 2 回程度）	3,621 円/月（※1）	利用設定なし	3,621 円/月
3 時間以上 4 時間未満（月 4 回まで）	436 円/日	436 円/日	436 円/日
3 時間以上 4 時間未満（月 8 回まで）	447 円/日（※1）	利用設定なし	447 円/日
サービス提供体制加算（Ⅰ）	88 円/月（週 1 回） 176 円/月（週 2 回）	88 円/月	88 円/月（週 1 回） 176 円/月（週 2 回）
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ口）	合計額（介護保険適用額）の 12.0%（令和 8 年 6 月から）		
科学的介護推進体制加算	40 円/月		
※1：直前の要支援認定が要支援 2 であった者に限る。			
※2：ご利用時間に関して、利用者のご希望、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 ※利用日当日の食事のキャンセルはご負担いただきます。		
通常以外の地域の送迎	通常の事業実施（出雲市）以外の距離 1 km に 30 円を乗じた額をご負担いただきます。		
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。		
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が 1 割負担以上になる場合があります。 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に開催、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

総合事業通所型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。

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、本書面に基づいて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