

清和荘デイサービスセンター 重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0276-52-5002 (8:30~17:30)
Fax 0276-52-5080
担当 センター長：高山 竜太

*ご不明な点やご相談など、お気軽にご連絡下さい。

2. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 明光会
事業者の所在地	〒370-0411 群馬県太田市亀岡町280
法人種別	社会福祉法人
代表者名	大澤 正明
電話番号	0276-52-5002
設立年月日	平成2年9月14日

3. 事業所

事業所の名称	清和荘デイサービスセンター	
事業所の所在地	〒370-0411 群馬県太田市亀岡町280	
管理者名	高山 竜太	
群馬県知事の 事業者指定	指定年月日	平成11年11月1日
	サービスの種類	指定通所介護
	介護保険事業者番号	群馬県 1072900119 号
電話番号	0276-52-5002	
FAX番号	0276-52-5080	
開所年月日	平成9年4月3日	
利用定員	45人	

4. 事業の目的と運営の方針

<事業の目的>

- ①ご家庭におられる要介護状態にある高齢者の方々を対象に、必要な日常生活のお世話及び機能訓練を行うことにより、心身機能の維持・向上、社会的孤独感の解消を図ります。
- ②介護者であるご家族様の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

<運営の方針>

- ①ご利用者様の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活が送れるよう援助します。
- ②ご利用者様の意思及び人格を尊重し、常にご利用者様の立場に立ったサービスをご提供できるよう心掛けます。
- ③ご利用者様の日々の身体的、精神的な変化に注意し、健康で安全にお過ごし頂けるよう留意します。
- ④ご利用者様が家庭に戻ることを踏まえ、ご家族様及び関係従事者との連絡を密にし、些細なことでもご相談の上決定することに努めます。
- ⑤ご利用者様・ご家族様が気軽にご相談などできるよう、日頃より誠意ある、臨機応変な対応を念頭に置きます。

5. 職員体制

職員の職種	員 数	区 分				職務内容	保有資格
		常 勤		非 常 勤			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管理者	1		○			従業者・業務の管理	介護福祉士
生活相談員	2	1	1			ご利用者様の調整・相談他	介護福祉士
看護職員	2		2			ご利用者様の健康管理 リハビリ指導	看護師 1名 准看護師 1名
介護職員	7	2	1	2	2	ご利用者様への 介護サービス提供	介護福祉士 7名
機能訓練指導員	2		2			機能回復訓練指導	看護師 1名 准看護師 1名

6. 営業日、営業時間

営業		1/1・1/2 を除く 午前8時30分～午後5時30分まで
サービス提供	月曜日～土曜日営業 (祝日も営業致します)	午前9時30分～午後4時30分まで (送迎時間をのぞく) ご相談により短縮、延長も可能です。 (基本、朝は8:00より帰りは17:30まで) ※送迎は定時のみ行い、延長の場合などは家族送迎でお願い致します。

7. サービス内容

	種 類	内 容
共通のサービス	生活相談	ご利用者様の生活全般に関する相談援助等を行います。
	機能訓練	日常動作などを通して、あるいは、看護師の指示を受けながら専門な機能回復の訓練を行います。
	介護サービス	自立を援助しながら必要な介護を行ないます。
	介護方法の指導	ご家族様等介護者に、ご家庭における介護の方法をお教えします。
	健康状態の確認	毎朝、体温・血圧・脈を測るとともに、常に体調の変化に留意します。
	口腔衛生管理	義歯使用の方には義歯洗浄を、歯の残っている方には歯磨きをお手伝いします。
選択のサービス	その他	ご利用者様お一人お一人に必要と思われるサービスをご相談の上行ないます。
	送迎	ご利用者様・介護者の事情により、ベッドまでの送迎も致します。順番により、毎回時刻が異なることもございますがご了承願います。
	入浴	ご利用者様の身体の状態等に合わせて、見守りや介助を行う一般浴と、車椅子のまま入れる機械浴とがご利用できます。また、体調不良等で入浴を中止し、清拭を必要とするときは、こちらの判断で変更させていただきます。
	食事	栄養士が毎日、栄養バランスの良い献立を作っております。季節を考慮し、誕生日や選択食など、行事食も充実しています。

8. サービス利用料金

各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差し引いた額(介護保険負担割合証に応じた額)が自己負担額となります。

基本単位、加算(1割)

事業所規模:通常規模型事業所

太田市は地域区分として一単位の単価が10.14円となります。

一日あたり	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満	入浴介助 加算(Ⅰ)	サービス 提供体制 強化加算 (Ⅰ)	個別機能 訓練加算 (Ⅰ)イ
介護度	基本 単位数	基本 単位数	基本 単位数	基本 単位数	基本 単位数	基本 単位数			
要介護1	370単位	388単位	570単位	584単位	658単位	669単位	40単位	22単位	56単位
要介護2	423単位	444単位	673単位	689単位	777単位	791単位			
要介護3	479単位	502単位	777単位	796単位	900単位	915単位			
要介護4	533単位	560単位	880単位	901単位	1023単位	1041単位			
要介護5	588単位	617単位	984単位	1008単位	1148単位	1168単位			

一月あたり

個別機能訓練加算Ⅱ	20単位
-----------	------

科学的介護推進体制加算	40単位
-------------	------

延長料金

9時間以上10時間未満	50単位
10時間以上11時間未満	100単位

減算

送迎減算(片道)	-47単位
同一敷地減算	-94単位

その他に、1ヶ月のご利用単位数の合計に介護職員等処遇改善加算Ⅰ(9.2%)が乗じ加算されます。

* 介護保険給付外の諸料金
ご利用者全員共通

食費	700円(おやつ代を含む)
----	---------------

サービス提供時間内での食事のキャンセル(食欲不振・体調不良等による)の際は料金を頂く場合があります。

* 各該当ご利用者

理髪代	1500円
行事・レク等実費負担	随時ご連絡します
おやつ	80円(昼食なしの場合)
おむつ	各自でご用意頂きます
バスタオル・あかすりタオル	各自でご用意頂きます
付添者(食費・施設利用費等)	700円

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額を変更することもあります。その際には前もってご連絡致します。

* 料金の支払方法

原則として毎回の実績による金額を、一ヶ月分まとめて翌月に請求致します。

支払い方法	<p>1. 群馬銀行・ぐんまみらい信用組合・G-NET代金回収サービスの自動引き落とし (1から3の場合、手数料はご利用者様負担となります。)</p> <p>2. 口座への振込(振込み手数料は差し引かず、御入金下さい。)</p> <p>3. 現金(ご利用の際お持ち頂くか、窓口に届けて下さい。)</p>
-------	---

連絡ファイルに添付の明細表に、サービス終了時、毎日(毎回)実際に行ったサービスをこちらで記載致しますので、必ずご確認をお願い致します。万一、こちらの記載に誤りがあった場合(ご利用中止・入浴中止等)には、お早めにご連絡下さい。月を跨いだご申告には、受けられない場合もございますので、ご注意下さい。

9. サービスの利用に関する留意事項

- ①施設、設備、敷地をその本来の用途にしたがってご利用して下さい。
- ②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、ご利用者様に自己負担により原状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払い頂く場合がございます。
- ③当事業所の職員や他のご利用者様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ④喫煙は、事業所内の喫煙スペースのみで行って下さい。
- ⑤金銭、貴重品等の紛失には責任を負いかねる場合がございます。またお菓子等食料品は、ご本人様や他のご利用者様において事故となる可能性がありますので、お持ちにならないで下さい。
- ⑥当日の体調不良などによるご利用中止は、8:00～8:30の間にご連絡をお願い致します。
- ⑦健康上の理由による中止のご依頼
 - * 風邪や病気等、センターにてお過ごし頂くことが過度の負担になると看護師が判断した場合には、あらかじめサービスの提供をお断りすることがございます。
 - * 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、又ご利用中に体調が悪くなった場合、サービス内容の変更・ご利用中でもサービスの中止をすることがございます。その際には、ご家族様にご連絡の上、適切に対応致します。又、急を要する場合には、必要に応じて速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡を取る等必要な措置を講じます。

10. 秘密保持及び個人情報の保護について

- ①事業者及びその職員は、業務上知り得たご利用者様及びそのご家族様の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ②事業所は、ご利用者様の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ③事業所は、ご利用者様の個人情報についてはご利用者様から、そのご家族様の個人情報についてはそのご家族様から予め文書で同意を得ない限り、ご利用者様の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、ご利用者様又はそのご家族様の個人情報を用いません。

11. 緊急時、事故発生時の対応方法について

サービスの提供中に容体の変化等があった場合には、事前の打ち合わせにより、主治医、親族、居宅介護支援事業所等へご連絡を致します。

また当事業所は、万全の体制で指定通所介護サービスの提供にあたりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご利用者様のご家族様、関係市町村等にご連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大の防止などの必要な措置を講じます。又、ご利用者様に賠償すべき事故が発生した場合には、誠意を持って速やかに損害賠償を行ないます。

12. 身体拘束適正化について

原則として、ご利用者様の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、下記の通り緊急やむを得ない理由により、拘束をせざるを得ない場合は事前にご利用者様及びそのご家族様へ説明し同意を得ると共に、その対応及び時間、その際のご利用者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

- ① 緊急性: 直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者様又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事があると考えられる場合。
- ② 非代替性: 身体拘束以外にご利用者様又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事を止める事ができない場合。
- ③ 一時性: ご利用者様又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解く。

13. 虐待防止について

ご利用者様の人権擁護・虐待の発生または、その再発を防止するために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 虐待の防止の為の対策を検討する委員会を定期的で開催すると共に、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止の為の指針を整備します。
- ③ 職員に対し、虐待防止の為の定期的な研修を実施します。
- ④ 虐待防止に関する責任者(管理者)を設置します。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者(ご利用者様のご家族様等)による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は速やかに、これを市町村に通報します。

14. 業務継続計画について

感染症や自然災害の発生時において、ご利用者様に対するサービスの提供の継続的な実施、及び非常時の体制で早期業務再開を図るために次に掲げる必要な措置を講じます。

- ① 業務継続計画を策定(BCP)し、職員に対し周知します。
- ② 職員に対し、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

15. 衛生管理・感染症予防について

感染症の予防及びまん延防止に努め、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催すると共に、その結果についても職員に対し周知徹底を図ります。
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修を及び訓練を定期的に行います。
- ④ 感染症対策に関する責任者(管理者)を設置します。

16. サービス内容に関する苦情の受付

①当事業所における苦情の受付

- 苦情受付窓口(担当者) センター長 高山 竜太・生活相談員 渡邊 紀香
- 受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:30
- 電話番号 0276-52-5002

※また、苦情受付ボックスを食堂に設置しております。

②その他

当事業所以外に、居宅介護支援事業所や、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

太田市役所 長寿あんしん課	電話	0276-47-1856
伊勢崎市役所	電話	0270-27-2743
大泉町役場 健康福祉部 高齢介護課	電話	0276-62-2121
群馬県国民健康保険団体連合会	電話	027-290-1323
大里広域市町村圏組合 介護保険課	電話	048-501-1330
熊谷介護保険事務所(熊谷市役所長寿いきがい課内)	電話	048-524-1402
埼玉県国民健康保険団体連合会	電話	048-824-2568
足利市役所 元気高齢課	電話	0284-20-2136
栃木県国民健康保険団体連合会	電話	028-643-2220

指定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ご説明を行ないました。

説明者職名 清和荘デイサービスセンター
センター長(管理者) 氏名 高山 竜太 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 <住所>

<氏名> 印

連帯保証人 <住所>

<氏名> 印 続柄：

デイサービスご利用中、体調が悪くなったり、万一事故を起こしてしまったりと緊急な場合にご連絡致しますので、必ずどこかにつながるよう、できるだけ3か所ご記入下さい。

また主治医のほうは、緊急時にこちらからご連絡をする場合に、ご希望する病院を、分かる範囲でご記入下さい。

緊急連絡先		氏名	電話番号	続柄	備考
	1				
	2				
	3				

主治医	病院・診療名	
	かかっている科	
	担当医師	
	電話番号	

※緊急連絡先、主治医に変更があった場合は、必ずご連絡下さい。