

乙羽園デイサービスセンター

介護予防・日常生活支援総合事業

重要事項説明書

社会福祉法人 乙羽会

乙羽園デイサービスセンター

乙羽園デイサービス重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業者（法人）の概要

事業者(法人)の名称	社会福祉法人 乙羽会
所在地	〒905-0411 沖縄県今帰仁村字天底 222 番地
理事長	我喜屋 宗重
電話番号	0980-56-3881

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	乙羽園デイサービスセンター	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒905-0411 沖縄県今帰仁村字天底 222 番地	
電話番号	0980-56-1156	
指定年月日・事業所番号	平成19年2月1日指定	4777140019
利用定員	38人	
通常の事業の実施地域	今帰仁村・名護市・本部町	

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5 営業日時

営業日	月曜日から土曜日、第三日曜 ただし、年末年始（1月1日から1月3日）は除きます。
営業時間	午前8時00分から午後5時30分まで

6 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤兼務1名
生活相談員	常勤専従1名以上、常勤兼務1名以上
看護職員	常勤兼務1名以上、常勤以外兼務1名以上
介護職員	常勤専従6名以上、常勤兼務1名以上、常勤以外で専従1名以上
機能訓練指導員	常勤兼務1名以上、常勤以外兼務1名以上

7 サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者(管理者)は下記のとおりです。

サービスの利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者氏名	日向 泰一
-------	-------

8 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割、3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の利用料

【基本部分】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	17,980円（1月につき）	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2	36,210円（1月につき）	3,621円	7,242円	10,863円
事業対象者 要支援1	4,360円（1回につき） （1月の中で全部で4回までのサービス）	436円	872円	1,308円
事業対象者 要支援2	4,470円（1回につき） （1月の中で全部で8回までのサービス）	447円	894円	1,341円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算単位			
		1割	2割	3割	
生活向上 グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	100単位/月	200単位/月	300単位/月	
一体的サービス 提供体制加算	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、および口腔機能向上サービスを一体的に実施した場合	480単位/月	960単位/月	1440単位/月	
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	200単位/月	400単位/月	600単位/月	
口腔機能向上加算Ⅰ 口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合	150単位/月 160単位/月	300単位/月 320単位/月	450単位/月 480単位/月	
生活機能向上連携加算Ⅰ 生活機能向上連携加算Ⅱ	要介護者の自立支援や重度化防止を目的	100単位/月 200単位/月	200単位/月 400単位/月	300単位/月 600単位/月	
科学的介護推進体制加算	科学的介護に取り組む施設を評価する加算です	40単位/月	80単位/月	120単位/月	
処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の92/1000加算				
処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の90/1000加算				
処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の80/1000加算				
処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の64/1000加算				
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	事業対象者・要支援 1	88単位/月	176単位/月	264単位/月
		事業対象者・要支援 2	176単位/月	352単位/月	528単位/月
サービス提供体制 強化加算Ⅱ		事業対象者・要支援 1	72単位/月	144単位/月	216単位/月
		事業対象者・要支援 2	144単位/月	288単位/月	432単位/月
サービス提供体制 強化加算Ⅲ		事業対象者・要支援 1	24単位/月	48単位/月	72単位/月
		事業対象者・要支援 2	48単位/月	96単位/月	144単位/月

(2) その他費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき 550円 の食費をいただきます。
おむつ・パット代	おむつ：一枚 ¥80 尿取りパット：一枚 ¥30
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

9 緊急時における対応方法

サービスの提供中にご契約の容態の変化、その他、緊急事態が生じた場合には、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族等、居宅介護支援事業所へ速やかに連絡いたします。

10 事故発生時の対応

- (1)サービスの提供において自己が発生した場合には、市町村、利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講じます。
- (2)サービスの提供により、損害すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
- (3)事故が発生した際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

11 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	苦情解決責任者 我喜屋光治 (乙羽園指定介護老人福祉施設 統括責任者) 苦情受付担当者 澤岨光代 (乙羽園デイサービス 生活相談員) 電話番号 0980-56-1156 面接場所 当事業所の相談室 苦情箱設置
---------	--

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し出ることができます。

苦情受付機関	今帰仁村介護保険担当課	電話番号 0980-56-2101
	本部町介護保険担当課	電話番号 0980-47-2101
	名護市介護保険担当課	電話番号 0980-53-1212
	沖縄県介護保険広域連合	電話番号 098-911-7500
	沖縄県国民健康保険団体連合会	電話番号 098-863-2321

1.2 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1.3 非常災害対策

- ◎ 非常時の対応：万が一事故が発生した場合には、速やかに利用者の救済、事故の拡大防止など必要な措置を講じます
- ◎ 平常時の訓練：「乙羽園介護老人福祉施設」と合同にて、火災を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施します。
- ◎ 防火設備：消火器4箇所 避難誘導等あり 熱感知器あり
火災受信機あり 非常灯あり

1.4 ハラスメント対策

事業所は、適切な介護老人福祉施設サービスを確保する観点から、職場において行われる性的な言動、又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、職員の就業環境が害されることを防止する為の方針の明確化（カスタマーハラスメント防止研修等）を組織的に対応する取り組み等、必要な措置を講じます。

1.5 虐待防止の為の措置に関して

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為、指針を整備するとともに、必要な体制の整備を行い、職員に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

1.6 身体拘束に関して

利用者又は他の利用者等の生命又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的拘束等を行ってはならない。

1.7 業務継続計画の策定に関して

事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する指定通所介護〔指定予防通所事業〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとする
従業者に対し、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実施するものとする。
定期的な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う。

デイサービスからご家族様へのご依頼のご案内

当施設は医療機関ではなく、介護サービスを通して日常生活の支援や活動性ある生活をお過ごしいただくための福祉施設です。

そのため、医師の常駐がない為、病気、事故等が発生した際に、十分な対応ができない場合があります。万が一の場合、出来る限りの対応をいたしますが以下の事柄関しまして事前にご理解を頂きますようお願い申し上げます。

1) 転倒・転落について

当施設では身体拘束は致しません。その為、歩行中（歩行器・杖なども含む）の転倒や車椅子、ベッドからの転落等が起こる危険性が全く無いとは言えません。法定基準で定められている職員配置を実施していますが、身体機能を低下させない為にも施設内の動作には制限を致しておりません。見守りも致しておりますが目が届かない場合もある事をご了承お願いいたします。

2) 不慮の骨折について

転倒や転落事故以外でも、ご高齢者の方は骨粗しょう症等によって、日常生活を過ごす中で起き上がる、寝返る、座位をとる時にでも骨折してしまう場合があります。

3) 誤嚥による障害について

ご高齢の方は、食べ物を嚙む力や飲み込む力が弱く食事で誤嚥を起こす可能性もあり、肺炎を引き起こす可能性もあります。食事形態の変更などの対応をさせていただく場合が御座います。食べ物の詰まりや喀痰による危険性を感じた際には、看護師による吸引等を行います。ご了承お願い致します。

4) 感染症について

新型コロナ、ノロウイルス、インフルエンザ、疥癬等でご利用者様が感染する場合があります。感染拡大を防ぐ為に感染症が疑われる場合には、デイサービス利用の制限をさせて頂く場合が御座います。

5) 救急対応について

体調の急変等で救急搬送を依頼する場合御座います。職員が同行しますが、受診先でご家族との引き継ぎになりますので、ご協力お願いします。サービス利用中、体調不良を認めた際、受診の促しや北区の依頼を行う場合が御座います。早急な対応が行うことができるようご家族間での連携をお願い致します。

6) 物品の紛失について

金品や貴重品の管理は施設で行えません。持ち込まないようにお願い致します。また、衣類等の日用品に関しては、必ずお名前の明記をお願い致します。

7) 食べ物の持ち込みについて

食べ物（あめ玉等）で喉に詰まらせたり、食中毒等の事故につながる恐れがあります。施設内へは持ち込みをしないようよろしくお願い致します。

個人情報使用(開示)について

〈個人情報の取り扱いについて〉

当社が保有する利用者及びそのご家族に関する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。

〈個人情報利用目的〉

- 適切なサービスを円滑に行うために、事業所内で情報共有をするため
- 利用者に提供する介護サービス事務を行うため
- サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続きのため
- サービス利用に関わる管理運営のうち、入退所等の管理、会計、経理、事故等の報告のため
- 他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所との連携(サービス担当者会議等)照会への回答のため
- 緊急時の医師、関係機関への連絡のため
- ご家族及び後見人様などへの説明・報告のため
- 当社の職員研修、実習生及びボランティア受け入れのため
- 損害賠償保険等にかかる保険会社等への相談又は届出のため
- 令上義務付けられている関係機関(行政、医療、警察、消防等)からの依頼があった場合

〈肖像権について〉

- 当社のホームページ、パンフレット、社内研修、掲示物、広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。

同意する

同意しない

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者

事業所名 乙羽園指定通所介護事業所

印

説明者

印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

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。

利用者 住所

氏名

印

代筆者

住所

本人との続柄

氏名

印

