

指定通所型サービスA 重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

適正な指定通所型サービスAを提供することにより要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、菊池市及び地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2 事業者の内容

① 事業所名

事業所名 デイサービスセンター 清 泉
所在地 熊本県菊池市七城町亀尾2429番地
管理者の氏名 センター長 古田 由美子
電話番号 0968-26-4811
FAX 番号 0968-26-4813

② サービスを提供する地域

菊池市内

③ 事業所の従業者体制

- 1 管理者 1人(他の事業所等と職務を兼務)
事業所の管理、業務の実施状況把握その他の管理を一元的に行います。
- 2 従事者 2人以上(専従)
事業の業務サービスを行います。
- 3 機能訓練指導員 1人以上
日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。

④ 設備の概要

- 食 堂
利用者の全員が利用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が利用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えています。
- 機能訓練室
利用者が利用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えています。
- 相談室
通所型サービスAに供するための相談室を設けます。
- その他の設備

静養室及び事務室を設けるほか、消火設備その他の災害に際して必要な設備、並びにサービスの提供に必要なその他の設備及び備品を備えます。

3 営業日等と定員

- 営業日 火曜日（国民の祝日を含む。）とします。
なお、12月31日から1月3日までの間は休業します。
- 営業時間 午前8時15分から午後5時15分までとします。
- サービス提供時間 午前10時00分から午後3時00分までとします。
ただし利用者から希望があり、それに対応可能な場合はこの限りではありません。

- 利用定員数 1日23人とします。
ただし災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

4 通所型サービスAの内容

次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行うものとします。

- (1) 送迎
- (2) 健康チェック（バイタル確認）
- (3) 生活指導（相談・援助等）
- (4) レクリエーション
- (5) 給食サービス
- (6) 日常動作訓練
- (7) 入浴サービス

5 サービス利用料その他の費用の額

サービス利用料その他の費用の額については、別表Iに記載しております。

6 サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者又はそのご家族に体調の変化があった場合には、必ず事業所の従業員にご一報ください。
- ② 利用者が事業所内の機械及び器具を使用される際には、必ず従業員に声をかけてください。
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④ 従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤ 通所型サービス利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所が提供する食

事を摂取していただきます。

- ⑥ 喫煙は、事業所内の所定の場所に限り、なお所定の場所以外は禁煙にご協力をいただきます。
- ⑦ 飲酒は、通所型サービスAの利用中は厳禁です。
- ⑧ 利用者は、生活環境の保全のため、事業所内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力をいただきます。

7 禁止行為

利用者は、事業所内で次の行為をしてはいけません。

- ① 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- ② けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと。
- ③ 事業所内の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- ④ 指定した場所以外で火気を用いること、
- ⑤ 故意に事業所もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

8 緊急時の対応

従業者は、利用者の病状の急変が生じた場合や、その他緊急の事態が生じた場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定められた協力医療機関及び各関係機関に連絡する等の必要な措置を講じます。

9 事故発生時の対応

イ 利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合には、応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに菊池市及び利用者の家族等に連絡するとともに、顛末記録、再発防止対策に努めます。

ロ 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかにすることとします。

ただし、事業者及び従業者の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

10 非常災害対策

イ 非常災害時においては、利用者の安全第一を優先し、迅速適切な対応に努めます。

ロ 非常災害その他緊急の事態に備えて、防災及び避難に関する計画を作成し、利用者及び従業者に対し周知徹底を図るため年2回以上、避難訓練その他必要な訓練等を実施します。

11 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持することを厳守します。

なお、退職後においてもこれらの秘密を漏らすことのないよう、従業者との雇用契約並びに就業規則においての誓約事項としています。

12 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

13 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、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、事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、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について記録します。

14 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

名 称	古田医院
住 所	菊池市七城町甲佐町296番地
電 話	0968-25-2280

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

15 損害賠償について

利用者に対するサービスの提供において、施設の責任により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかにその損害を賠償します。

ただし、事業者及び従業者の過失責任が認められない場合は、この限りではありません。

また、事故の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者が置かれた心身の状況等を勘酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

16 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：生活相談員 岩室 千絵

ご利用時間 月曜日から土曜日 午前8時15分～午後5時15分

ご利用方法 電話 0968-26-4811

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

菊池市 高齢支援課 介護保険係

熊本県菊池市隈府888番地

電話番号：0968-25-7215

FAX 番号：0968-25-1522

受付時間：8時30分から17時00分（土日、祝日を除く）

熊本県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口

所在地：熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号

電話番号：096-214-1101

FAX 番号：096-214-1105

受付時間：9時00分から17時00分（土日、祝日を除く）

※苦情処理第三者委員（公平中立な立場で、苦情処理をされる委員です。）

氏 名 服部 英治

住 所 菊池市七城町砂田1492-5

電話番号 0968-24-4772

氏 名 園木 洋二

住 所 菊池市七城町甲佐町271

電話番号 0968-24-0347

17 第三者評価の実施状況：受審なし

以 上

令和 年 月 日

指定通所型サービスAの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 熊本県菊池市七城町亀尾2429番地

事業所名 デイサービスセンター 清 泉

管理者名 センター長 古田 由美子 印

説明者 生活相談員 岩室 千絵 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所型サービスAについて重要事項説明を受け同意しました。

< 利 用 者 >

住 所

氏 名 印

< 利用者代理人（選任した場合） >

住 所

氏 名 印（続柄 ）

別表 I (サービス利用料その他の費用の額について)

通所型サービスAを提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は、菊池市が定める額に各利用者の「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には、菊池市が定める額の支払いを受けるものとします。

(1) 基本料金

①負担割合 1割の方

※事業対象者、要支援 1、2

週に 1 回、通所型 A を利用する場合

月利用回数	1 回	2 回	3 回	4 回	5 回
利用負担額	376 円	752 円	1128 円	1504 円	1671 円

②負担割合 2割の方

※事業対象者、要支援 1、2

週に 1 回、通所型 A を利用する場合

月利用回数	1 回	2 回	3 回	4 回	5 回
利用負担額	752 円	1504 円	2256 円	3008 円	3342 円

③負担割合 3割の方

※事業対象者、要支援 1、2

週に 1 回、通所型 A を利用する場合

月利用回数	1 回	2 回	3 回	4 回	5 回
利用負担額	1,128 円	2256 円	3384 円	4512 円	5013 円

(2) 加算料金等

(1割負担者) (2割負担者) (3割負担者)

※運動器機能向上加算 : 1ヶ月につき 225 円 450 円 675 円

※サービス提供体制強化加算

事業対象者、要支援 1、2 1回につき 88 円 176 円 264 円

※介護職員処遇改善加算

事業対象者、要支援 1、2 1ヶ月につき 99 円 198 円 297 円

※介護職員等特定処遇改善加算(I)

事業対象者、要支援 1、2 1ヶ月につき 20 円 40 円 60 円

※介護職員等ベースアップ等支援加算

事業対象者、要支援 1、2 1ヶ月につき 18 円 36 円 54 円

○ 事業者は、前項のほか、次に掲げる費用の支払いを受けるものとします。

① 食事の提供に要する費用 720円(おやつ代含む)

② 入浴代として、50円

- ③ その他、通所型サービスAにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められるものは実費とします。

(指定通所型サービス A)

デイサービスセンター清泉

利用同意書

私は、サービス利用料についての料金表を受領し、同意しました。

令和 年 月 日

< 利用者 >

住 所

氏 名

印

< 代理人 >

住 所

氏 名

印

< 事業所 >

住 所 熊本県菊池市七城町亀尾2429番地

事業所名 デイサービスセンター 清泉

施設長名 古 田 由 美 子