

「介護予防・日常生活支援総合事業所」重要事項説明書

特別養護老人ホーム 桜の華デイサービス

当事業所は介護保険の指定を受け付けています。
(栃木県指定 第0972700652号)

当事業所はご利用者に対して指定介護予防・日常生活支援総合事業サービスを提供します。事業所の概要や提供サービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方がサービスを受ける事が出来ます。

◆◇目次◇◆

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 事業者 | 1 1. 苦情の受付 |
| 2. 事業所の概要 | 1 2. サービスの利用に関する留意事項 |
| 3. 職員の配置状況 | 1 3. サービス内容の説明等について |
| 4. 営業日及び営業時間 | 1 4. 衛生管理及び感染症対策 |
| 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 1 5. 損害賠償について |
| 6. 身体拘束の禁止 | 1 6. 事故発生・再発防止の措置 |
| 7. 守秘義務 | |
| 8. 情報提供 | |
| 9. 緊急時の対応 | |
| 1 0. 非常災害対策 | |

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 福桜会 |
| (2) 法人所在地 | 栃木県真岡市久下田7 1 2 番地 8 |
| (3) 電話番号 | 0 2 8 5 - 7 4 - 5 5 2 0 |
| (4) 代表者名 | 橋本 美千子 |
| (5) 設立年月日 | 平成1 6 年1 1 月4 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定介護予防・日常生活支援総合事業所 平成1 8 年4 月1 日指定
栃木県0 9 7 2 7 0 0 6 5 2 号 |
|------------|--|

- (2) 当事業所の目的 1. 社会福祉法人福桜会が開設する特別養護老人ホーム桜の華デイサービスが行う指定介護予防・日常生活支援総合事業の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定介護予防・日常生活支援を提供する事を目的とする。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム 桜の華デイサービス
- (4) 事業所の所在地 栃木県真岡市久下田712番地8
- (5) 電話番号 0285-74-5520
- (6) 事業所長（管理者） 佐藤 里美
- (7) 開設年月 平成17年9月1日
- (8) 当事業所の運営方針 1. 指定介護予防・日常生活支援総合事業の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営む事が出来る様、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行う事により、利用者の心身機能の維持又は向上を目指すものとする。
- (9) 定 員 25名
- (10) 施設の概要

当事業所が行っている他の業務。

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

- ・介護予防・日常生活支援総合事業所 平成18年 4月1日指定
栃木県0972700652号
- ・居宅支援事業所 平成17年12月1日指定 栃木県0972700702号
- ・通所介護事業所 平成17年 9月1日指定 栃木県0972700652号

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定介護予防・日常生活支援総合事業サービスを提供する職員として、以下の種類の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1名（兼務）	1名
2. 介護職員	4名以上	3名
3. 生活相談員	2名	1名
4. 看護職員	1名以上	1名
5. 機能訓練指導員	1名	1名

＊ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

4. 営業日及び営業時間

- ・営業日 月曜日～土曜日（ただし12月31日から1月3日、及び祝日は除く。）
- ・営業時間 9時～17時

5. 通常事業の実施地域

真岡市・筑西市とする

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |

(1) 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第3条、第5条参照）

以下のサービスについては、利用料金の通常9割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 入 浴

- ・ 毎回行います。

② 排 泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

〈サービスの利用頻度〉

- ☆ 利用する曜日や内容等については、第一号通所サービス（介護予防通所介護相当）計画書（以下「サービス計画書」という。）に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、サービス計画書に定めます。
- ☆ 但し、契約者の状態の変化、サービス計画書に位置付けられた目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

〈サービス利用料金 1ヶ月あたり〉

下記の料金表によって、ご利用者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要支援度に応じて異なります。）

1・ご契約者の要支援度とサービス利用料金	要支援 1 17980 円	要支援 2 36210 円
2・うち、介護保険から給付される金額	16182 円	32589 円
3・サービス利用に係わる自己負担額（1－2）	1798 円	3621 円

※請求書には10.14%を加算させて頂いております。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合せて、ご利用者の負担額を変更します。

(1) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食 事

- ・ 当事業所では、管理栄養士（栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 昼食：12：00～13：30

☆料金1回あたり550円

②教養娯楽費（レクリエーション・クラブ活動）

- ・ ご利用者のご希望により実施した教養娯楽費の材料費、遠足旅行の実費、講師謝礼等の実費。

③オムツ・パット・医療材料費（別紙参照）

- ・ 施設常備のオムツ類もご用意しております。（オムツ1枚100円 パット1枚50円）

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、月末締めで計算し、翌月27日に引き落としにいたします。引き落とし日1週間前までに請求書を送付いたします。

☐ 金融機関からの自動引落とし ☐ 指定口座への振込み

（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額といたします。）

常陽銀行	久下田支店	（普通）
（名義） 社会福祉法人 福桜会	口座番号1183003	

◎自動引落としの手数料につきましては施設負担といたします。

◎指定口座への振込手数料はお客様負担とさせていただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

☆利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止、変更する事ができます。

この場合はサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。

☆月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、サービス計画書に位置付けられた目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆契約者の体調不良や状態の改善等によりサービス計画書に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割り引き又は増額はしません。

☆ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、サービス計画書に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防・日常生活支援総合事業所と調整の上、サービス

計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。
☆月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

6. 身体拘束の禁止・虐待の禁止

ご利用者又は他のご利用者等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、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。

- * 「緊急やむを得ない場合」とは痴呆性高齢者が暴れて本人もしくは他のご利用者または施設の設備等に危害を及ぼす危険性があるなどの場合をいいます。
- * 「緊急やむを得ず身体拘束を行う場合」はその様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。
- * 施設はサービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、すみやかにこれを保健所に通報することとします。

7. 守秘義務（契約書第8条参照）

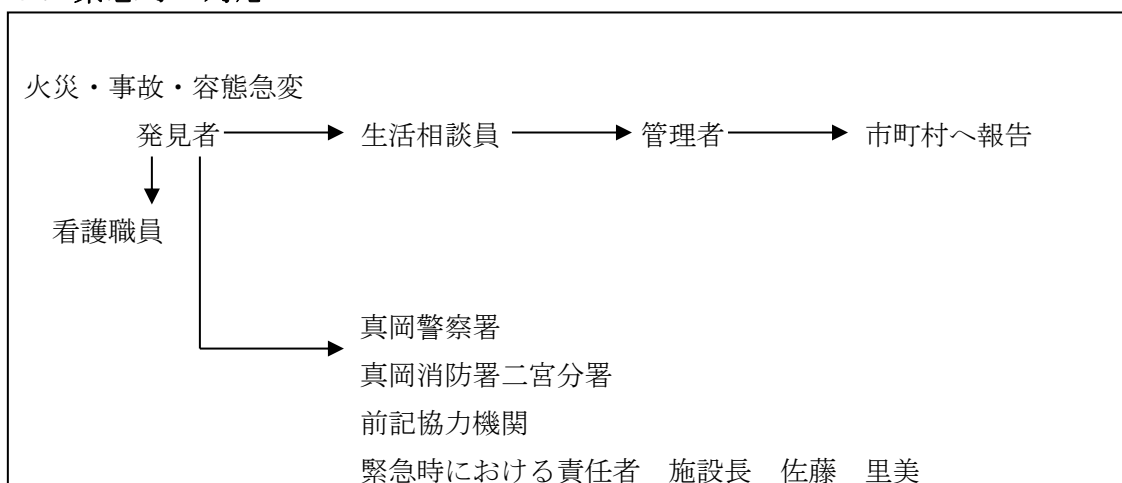
事業者、サービス従事者、従業員は業務上知りえたご利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なくほかのサービス従事者や従業員に漏洩いたしません。

- (1) 従業員は採用時の雇用契約において遵守するむね締結します。
- (2) 守秘義務は本契約の終了後又は事業者の破産、施設のもしくは従業員が退職した後も存続します。

8. 情報提供

- (1) ご利用者に医療上、介護上、緊急の必要性がある場合には事業所は医療機関等にご利用者の心身に関する情報を提供することができます。
- (1) ご利用者が退所される場合で退所のための援助を行う際に、ご利用者に関する情報を提供する場合はあらかじめ文書でご利用者の同意を得るものとします。

9. 緊急時の対応



- (1) ご利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) ご利用者に対する通所介護施設の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
- (3) 事故発生時における職員の対応方針を定めた事故対応マニュアルを作成し、職員に徹底いたします。
- (4) 苦情・相談の流れは別紙に記載されておりますので、ご参照ください。

10. 非常災害対策

施設の消防計画書に基づき訓練計画を立て、非常災害に備えるため定期的に非難、誘導、救出その他の訓練を行ないます。

状況により非常災害時には御家族様に送迎を依頼する事もありますので御了承下さい。

11. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情の受付（契約書第22条参照）

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けています。

- 苦情受付窓口（担当者） 高松 千穂〔職名〕 事務課長
- 受付時間 8:30～17:30
- 電話番号 0285-74-5520

* お受けしました苦情につきましては、事業所内に設置してあります苦情解決委員会に諮りその結果を踏まえて対応させていただきます。

- (2) 当施設における苦情解決体制（苦情解決委員会）

苦情解決責任者	役職名	施設長		
	氏 名	佐藤 里美		
苦情解決担当者	役職名	事務課長		
	氏 名	高松 千穂		
第三者委員	氏 名	菅又 英子	住 所	真岡市久下田852-1
	氏 名	添野 トモ子	住 所	真岡市石島731-2

- (3) 行政機関その他苦情受付機関

二宮支所 福祉国保窓口係	所在地 栃木県真岡市石島893番地15 電話番号 0285-74-5004
真岡市役所 いきいき高齢課	所在地 栃木県真岡市荒町5191 電話番号 0285-83-8094
益子町役場 健康福祉課	所在地 栃木県益子町益子2030 電話番号 0285-72-2111
小山市役所 福祉課	所在地 栃木県小山市中央町1丁目1番地1号 電話番号 0285-23-1111

筑西市役所 社会福祉課	所在地 茨城県筑西市丙360番地 電話番号 0296-24-2111
栃木県国民健康保険 団 体 連 合 会	所在地 栃木県宇都宮市本町12番地11 電話番号 028-643-2220
栃 木 県 運 営 適 正 化 委 員 会	所在地 とちぎ福祉プラザ内 電話番号 028-622-2941

※苦情・相談の流れは別紙に記載してありますので、ご参照ください

※第三者評価については行っておりません。

1 2. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されているご利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(ア) 持ち込みの制限

利用にあたり、下記のものは原則として持ち込むことができません。

動物、火気類、ナイフなどの危険物等

1 3. サービス内容の説明等について

通所介護施設の利用開始に際し、あらかじめご利用者又はその家族に対し、介護従事者の勤務の体制、提供するサービス内容と利用料金、協力医療機関、その他利用者のサービスに資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、ご利用申込者の同意を得るものとします。

1 4. 衛生管理及び感染症対策

通所介護施設の介護サービスを提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意します。

従業員は、食中毒及び感染症の発生を予防するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保ちます。

1 5. 損害賠償について（契約書第12条、13条参照）

当施設において事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 6. 事故発生・再発防止のための措置

当施設はご利用者に対する指定介護老人福祉サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに保険者、ご利用者の家族等への連絡を行うと共に必要な措置をとらせていただきます。

また、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置を記録すると共に職員の対応方針を定めた事故マニュアルに基づき対応させていただきます。

17. 事業所の申し出により契約解除を行う場合

以下の事項に該当する場合には、当施設からの求めにより契約解除していただく事があります。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご利用者が長期入院した場合
- ③ ご利用者様が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者様によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延した場合
- ⑤ ご利用者様が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う事などによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行う事はできません。その他でもセクシャルハラスメント、カスタマーハラスメント等の迷惑行為をした場合
- ⑥ ご利用者様が他施設に入所された場合

年 月 日

指定介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護予防・日常生活支援総合事業所 特別養護老人ホーム 桜の華
説明者 職名 生活相談員 氏名 印

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、内容及び介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供開始に同意いたします。

上記の同意を証するための署名捺印のうえ2通作成し、1通を受領いたしました。

契 約 者 住所
氏名 印

代理契約者 住所
氏名 印