

デイサービスの家 篠岡 重要事項説明書

(地域密着型通所介護・介護予防通所型サービス)

＜ 令和6年10月1日現在 ＞

1、事業者(法人)の概要

名称・法人種別	医療法人ふなびきクリニック
代表者名	理事長 舟曳 純仁
所在地・連絡先	(住所) 愛知県犬山市大字前原字桜坪29番地2 (電話) 0568-62-8811 (FAX) 0568-62-3399

2、事業所の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	デイサービスの家 篠岡
所在地・連絡先	(住所) 愛知県小牧市大字池之内字鳶ヶ巣3116番地1 (電話) 0568-78-6229 (FAX) 0568-79-7637
事業所番号	2373800826
管理者の氏名	三宅 亮介
利用定員	18名

(2) 事業所の職員体制

従業者の種類	人数	業務内容
管理者	1名	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	1名以上 (サービス提供時間に 応じて)	利用者の日常生活上の相談業務を行う。
介護職員	2名以上(サービス提供 時間数 に応じて常時1名以上)	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
看護職員	1名以上	利用者の健康管理等の看護業務を行う。
機能訓練指導員	1名以上	利用者の個別機能訓練を行う。

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	小牧市
---------	-----

(4) 営業日

営業日	営業時間	サービス提供時間
月曜～土曜	8:15～17:00	8:55～16:05

※日曜・祝日・事業所が指定した日(お盆や年末年始等)は休業日となります。

3、サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア、サービスの内容

種 類	内 容
食 事	利用者個々にあった食事形態で食事を提供します。
入 浴	利用者個々に応じた入浴設備を使用し入浴していただきます。 ※入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

レクリエーション	各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からの相談に応じ、利用者の生活面での指導・援助を行います。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービス利用は任意です。

イ、費用

介護保険の適用がある場合は、原則として介護報酬の告示上の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が利用者の負担金となります。ただし、介護保険の適用がない場合や介護保険での給付の範囲を超えたサービス費は、全額が利用者の負担となります。

介護予防通所介護相当サービスの基本利用料は、小牧市が定める介護予防・日常生活支援総合事業支給費の額等を定める要領で定める金額であり、その金額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。

【料金表】

<介護予防通所介護(日常生活支援総合事業)事業対象者・要支援1～要支援2>

○所要時間7時間以上8時間未満の場合(1月につき) 単位=10.14円

事業対象者・要支援1	1,798単位	要支援2	3,621単位
------------	---------	------	---------

○加算(1月につき)

サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (事業対象者・要支援1)	88単位	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (要支援2)	176単位
送迎減算(片道につき)	▲47単位		

<地域密着型通所介護事業対象者・要介護1～要介護5>

○所要時間7時間以上8時間未満の場合(1日につき) 単位=10.14円

要介護1	753単位	要介護2	890単位
要介護3	1,032単位	要介護4	1,172単位
要介護5	1,312単位		

○加算・減算(1日につき)

入浴介助加算	40単位	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56単位
若年性認知症利用者受入加算	60単位	送迎減算(片道につき)	▲47単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位		

(1)介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)として1ヶ月の総単位数に9.2%を乗じた単位数を加算します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

- 食費 :700円/日(行事食加算300円 ※行事に参加された日のみ加算)
- おやつ代 :105円/日
- 教養娯楽費 :実費のみ
- おむつ等その他の費用

※地域密着型通所介護等のサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用については、利用者の負担となります。

(3)利用料等のお支払方法

毎月、25日までに前月分の請求書を発行しますので、月末までにお支払いください。お支払方法は、月末にご契約口座からの引落としになります。なお、月末に残高不足で引き落としが出来なかった場合は、翌月15日(土日祝日の場合は前営業日)に再度引落としをさせていただきます。

※入金確認後、領収書を発行します。

4、事業所の目的及び方針

<介護予防通所介護(日常生活支援総合事業)>

介護予防・日常生活支援総合事業(法115条の45第1項)に基づき、要支援状態等に対して、要介護状態への予防のため、自らの能力を活かして活動的で生きがいのある生活を送ることができるよう、地域の支え合い体制を活かした、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援(介護予防通所介護相当事業)を提供します。

<地域密着型通所介護>

要介護状態等となった場合においても、利用者が可能な限り、居宅において、有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるように必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うサービスを提供します。また、利用者の社会的孤立感や利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることも目的としています。定員数を抑えた地域密着型サービスを利用することで一人ひとりの利用者に寄り添った手厚いサポートが可能になります。

事 項	内 容
通所介護計画の作成 及び事後評価	当事業所の管理者等が利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて通所介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載して利用者に説明のうえ交付します。

5、事故発生時の対応および損害賠償

(1)事業所は、サービスの提供にともなって、事故が発生した場合には、速やかにご利用者様の身元引受人または代理人に連絡するとともに必要な措置を講じ、市町村に連絡いたします。併せて事故発生の原因・再発防止の検討を行います。

(2)事業所は、サービスの提供にともなって、事業所の責めに帰すべき事由によりご利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

但し、事業所の責め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。

6、サービス内容に関する苦情相談窓口

利用者様及びそのご家族等からの相談を受けた場合は事業所は、事実関係を調査し、その結果並びに改善方法について速やかに対応いたします。事業所は苦情申し立てがなされたことをもって、ご利用者様に対しいかなる不利益、差別的取扱いもいたしません。

苦情相談窓口として、下記相談窓口にご相談ください。当事業所以外についてはお住いの市町村、もしくは愛知県国民健康保険団体連合会にて苦情の申し立てをすることができます。

<苦情相談窓口>

事業所の窓口	デイサービスの家 篠岡 TEL 0568-78-6229 ご利用時間 8:15～17:00(月～土) 窓口担当者: 三宅 亮介(不在時は他の職員が対応)	
市町村(保険者)の窓口	☐ 小牧市役所介護保険課	TEL 0568-76-1153
	☐ その他()	TEL

7、緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所等へ連絡します。

8、秘密保持について

(1)事業所は、サービスの提供する上で知り得た契約者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続いたします。

(2)事業所は、自らが作成または取得し、保存している個人情報について、個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び、法人の諸規則に則り、適正な取り扱いを行います。法令規則により公的機関あて報告が義務付けられているもの、または緊急の場合の医療機関等へのご利用者様の心身等に関する情報提供、その他、ご利用者様から個人情報に関わる同意書にて予め同意をいただいているもの以外に関しては、ご利用者様又は保証人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。

9、運営推進会議

(1) 事業の運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。

(2) 当事業所が行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。

(3)「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は小牧市の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上会議を開催します。

(4)「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

10、虐待防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するために以下のことに取り組みます。

①虐待防止のため、対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

②虐待防止のための指針を整備します。

③従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に開催します。

④上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

事業所は、サービス提供中に、従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を発見した時は、速やかに、各市町村窓口に通報いたします。

11、身体拘束

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者及び利用者の後見人又はその家族（後見人がなく、かつ身寄りがいない場合には身元引受人）に対して事前に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、同意を得た上で、身体拘束等適正化のための指針に基づき、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業所として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ①緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- ②非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- ③一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

12、衛生管理

- (1) 事業所の食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を策定しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

13、業務継続計画の策定

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する利用サービス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ための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 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の実施します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14、非常災害時の対策

防火管理者	下茂 ルリ子		
防災訓練等	消防計画に基づき年2回実施		
防災設備	設備名称		
	火災報知器	消火器	誘導灯

15、第三者評価実施状況（最終履歴を載せています）

実施状況	現在は不定期
実施年月日（直近）	（最終履歴）平成22年4月24日
実施評価機関	社団法人愛知県社会福祉会
評価結果の開示	WAMNETにより開示

16、サービス利用にあたっての留意事項

- 利用者間での金銭・物品等のやり取りはご遠慮ください。
- サービス利用中の金銭・貴重品の管理は行いませんので持ち込みをご遠慮いただきます。また携帯電話・タブレット・眼鏡・補聴器等の故障・紛失等につきましては当事業所では一切責任を負いません。
- 事業所の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 度重なるハラスメント行為（暴言、暴力、性的な言動、行動等）があり、注意を行っても改善が見られなかった場合、サービスの利用を停止させていただく場合があります。
- 飲酒・喫煙はご遠慮ください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護及び介護予防通所型サービスのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

事業者	事業者名	医療法人ふなびきクリニック
	事業所名	デイサービスの家 篠岡
	代表者名	理事長 舟曳 純仁
説明者	氏 名	

私は、デイサービスの家篠岡の重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護及び介護予防通所型サービスのサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

令和	年	月	日	氏 名	
				代筆者	
					(続柄)