

# デイサービスセンターみどりのかぜ重要事項説明書

## (介護予防通所介護)

### 1. 事業の目的及び運営の方針

介護予防通所介護について、要支援状態にある方に対し、介護保険法で定める介護予防通所介護サービスを提供し、当事業所に於いて選択的サービス(運動器機能向上、口腔機能向上)等を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復向上を図り、利用者が可能な限り居宅での自立した生活を営むことができるよう支援していくことを目的とします。

### 2. 事業所概要

- \*法人名称 : 医療法人 弘和会
- \*所在地 : 岡山県倉敷市福田町古新田 813 番地の 7
- \*電話番号 : 086-450-2228
- \*指定事業所番号 : 3370203717
- \*事業所形態 : 大規模型通所介護 (I)
- \*利用定員 : 59名
- \*サービス提供領域 : 倉敷市

### 3. 職員体制

管理者	1人	常勤1人 ※同事業所内、介護職員兼務
生活相談員	1人以上	常勤1人以上
看護職員	1人以上	非常勤1人以上 介護職員または機能訓練指導員と兼務
介護職員	1人以上	常勤1人以上、非常勤1人以上
機能訓練指導員	1人以上	非常勤1人以上 看護職員または介護職員と兼務
その他	1人以上	常勤1人 併設医療機関事務兼務

### 4. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 国民の祝日
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時30分～16時30分
休業日	日曜日、盆 8月13日 年末・年始 12月29日～1月3日
備考	台風や、災害時など、危険を生じる可能性がある時は、弘和会理事長・管理者との協議により休業とする。 居宅サービス計画により、営業時間及び営業時間以外でも、サービス提供を行う場合があるものとする。

## 5. 主なサービス内容

※介護保険法で定める通所介護及び介護予防通所介護のサービス内容に限られます。

※ご利用者さま、サービス事業所に日帰りでの以下のサービスを受けることが出来ます。

- ①相談対応：ご利用者様の介護予防通所介護に関する相談ご家族の方からの要望等の対応
- ②健康チェック：体温・血圧・脈拍の測定、一般状態のチェック
- ③入浴：一般入浴の介助・提供
- ④食事：昼食の提供・介助
- ⑤アクティビティー：創作作業や、維持改善を目的としたレクリエーション活動等。
- ⑥運動器機能向上：ご利用者さまお一人ずつの運動器機能向上訓練プログラムに沿った運動器機能向上訓練
- ⑦送迎：ご利用者さまの自宅からサービス事業所までの送迎
- ⑧その他：その他必要な日常生活動作の介助・支援

## 6. サービス従事者

- ① サービス従事者とは、ご利用者さまに介護予防通所介護及び通所介護サービスを提供する職員で管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員が該当します。
- ② デイサービスセンターみどりのかぜは、介護保険法に定められている人員の体制を整備し、ご利用者さまに快適に過ごして頂けるよう通所介護を提供します。

## 7. サービス利用にあつたての留意事項

当事業所は、指定介護予防通所介護の提供に際して、ご利用者さま及びそのご家族に対し、事前にサービス内容を明記し、説明するものとする。

当事業所職員がサービスを提供するにあたって、介護予防サービス計画に基づき、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に考慮し、利用者に関する主治医及び理学療法士、作業療法士等の関係機関や当事業所の他、専ら通所介護の提供にあたる看護師、生活相談員及び介護職員の協議によって介護予防通所介護計画を作成し、同意を頂いた上で介護予防通所介護計画に基づきサービスを提供いたします。

## 8. ご利用者さまへの留意事項

利用者は、他の利用が適切なサービスの提供を受ける為の権利・機会等を侵害してはなりません。（宗教の勧誘行為、利用者間での物品の販売及び斡旋行為など・・・）

利用者は、事業所の設備、備品の使用にあたっては、本来の用法に従い使用することとし、これに反した使用により事業所に損害が生じた場合は、賠償するものとする。

## 9. 事故発生時の対応

- 1) 利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 2) 当事業所は前項の事故の状況、及び事故に際して採った処置について記録し、保管するものとします。
- 3) 当事業所は、通所介護サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由によりご利用者さま又はそのご家族の介護者の生命、身体、財産及び、名誉

に損害を及ぼした場合には相当範囲内においてその損害を賠償します。

- 4) ご利用者さま又はそのご家族の介護者は、ご利用者又はそのご家族の介護者の責めに帰すべき事由により、当事業所の生命、身体、財産、及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。

### 10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

### 11. 利用料金

- ① 基本料金の金額は、介護保険法で定める介護予防通所介護サービスの基本となる報酬単価であり、月額定額制となります
- ② デイサービスセンターみどりのかぜでは、  
倉敷市 1単位・・・10.0円です。

基本サービス料金（以下の表示額は、月額の定額報酬額です。）

	基本料金	自己負担(1割)	+該当加算額
要支援1	1,6470円	1,647円	
要支援2	33,770円	3,377円	

選択的サービス加算（以下の表示額は、月額の定額報酬額です。）

加算の種類	基本料金	自己負担(1割)
運動器機能向上訓練加算	2,250円	225円
サービス提供体制加算I	要支援1	72円
	要支援2	144円
介護職員処遇改善加算	ご料金に関しましては、要介護度・利用内容により異なります。	

その他ご利用者様の実費負担の対象になるもの。

種類	金額	備考
食費	620円	昼食代金として
紙おむつ代	150円	替えをお持ち頂いた場合除きます
尿取りパッド	50円	〃
行事活動関係費	実費	内容により異なります。
趣味・クラブ活動費(材料費)	実費	書道、絵画、俳句、園芸、手芸

### 12. お支払い方法

- \* お支払い方法は、口座振替または現金となります。
- \* 上記加算金額の内、手芸などの係る金額は、利用者様の負担も考えて、その都度請求させて頂く場合もあります。

### 13. キャンセル

キャンセル連絡先	デイサービスセンター みどりのかぜ事務所 Tel 086-450-2228
----------	--

#### 14. サービス相談窓口、及び苦情の申し立て

当事業所は、ご利用者又はそのご家族からの相談、苦情について、次の窓口にて対応致します。

申し立て等を、皆様からのお声として有り難くお受けすると共に、今後のサービスの向上に役立たせて頂きますので、お気軽にお申し付け下さい。

##### ○苦情受付窓口・・・デイサービスセンターみどりのかぜ事務所

電話番号	086-450-2228
受付時間	営業日の8時30分～17時30分
備考	管理者：川井由美子 【緊急】080-2902-6080

##### ○その他の相談・苦情受付窓口

公的機関に於いても、次の窓口で苦情の申し立てができます。

##### ・市町村の相談。苦情受付

市町村名	倉敷市西中新田640番地 倉敷本庁
電話番号	086-426-3343
担当部署	倉敷市介護保険課
日時	月曜日～金曜日 8時30分～17時（日・祝日を除く）

##### ・国民健康保険団体連合会・苦情受付

国保連合会	岡山市桑田町11番6号
電話番号	086-223-8876
担当部署	国民健康保険団体連合会
日時	月曜日～金曜日 8時30分～17時（日・祝日を除く）

#### 14. 苦情・事故対応時の基本手順

当事業所は、以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- I・苦情・事故の受付
  - II・苦情・事故内容の確認
  - III・苦情・事故解決責任者への報告
  - IV・苦情・事故の対応に関する事前説明・同意
  - V・苦情・事故解決に向けた対応の実施。
  - VI・再発防止又、改善の措置
  - VII・苦情・事故解決結果の説明・同意
  - VIII・苦情・事故解決責任者への最終報告
- 苦情・事故受付担当者：デイサービスセンターみどりのかぜ 従事者
  - 苦情・事故解決責任者：デイサービスセンターみどりのかぜ 管理者

#### 15. 秘密保持について

当事業所の従業員は、業務上知り得た利用者及び扶養者若しくは、その家族に関する個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。又、この従業員が、退職後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者の雇用契約の内容としています。

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説明を行いました。

平成 年 月 日

医療法人 弘和会  
デイサービスセンター みどりのかぜ  
〒721-8046 倉敷市福田町古新田 813 - 7  
Tell 086-450-2228 Fax 086-450-2229

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の希望により通所介護サービスについて本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けその内容について同意しました。

平成 年 月 日

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人(続柄： )

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印