

ぬくもりの家通所介護重要事項説明書

1 運営の方針

要介護状態等の心身の特徴を踏まえて利用者が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、また、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。

2 事業所の概要

| | |
|--------|--|
| 事業所名 | ぬくもりの家デイサービスセンター |
| 所在地 | 岩手県奥州市胆沢南都田字大持30番地 |
| 指定番号 | 0372500488 (併設型) |
| 指定年月日 | 平成14年4月25日 |
| 利用定員 | 一般型(介護予防含む。)30人 |
| 職員体制 | 管理者 1人 生活相談員 1人以上 看護職員 1人以上 介護職員 4人以上 機能訓練指導員 1人以上 |
| 営業日・時間 | 年中無休、午前7時15分から午後7時 ただし、通常利用時間は1日8時間未満とし11時間未満まで延長利用可能です。 営業時間を超える場合、相談に応じます。 |
| 提供地域 | 一般型 奥州市(江刺を除く。)・金ヶ崎町 |

3 サービス計画に基づいたサービスの提供

居宅サービス計画……………介護支援専門員又はご自分で立てたケアプランに基づいてサービスを提供します。

4 サービス内容

- 送迎 …………… 利用者の指定送迎場所まで送迎します。
- 食事 …………… 栄養士の立てる献立により栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- 入浴 …………… 一般浴槽、特殊浴槽により、利用者の状態に合わせて入浴サービスを提供します。
- 機能訓練 …………… 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。
- 健康チェック …… 看護師により健康チェック、健康相談、指導等を行います。
- 生活相談 …………… 心配や悩み事などご相談に応じます。

5 利用料金(通所介護費)

利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額とする。但し、法定代理受領が適用とされた場合は、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額から当施設に支払われる介護サービス費の額を控除した額とする。標準的な利用の場合は次のとおりです。

- (1) 通常規模型……前年度1月当たりの平均利用延べ人員数が301人～750人内
○サービス提供時間が7時間以上8時間未満の場合

下記料金は令和6年4月1日から適用

| 区分 | 要介護度 | 基本利用料金 | 希望による加算サービス料 | |
|---------------------|------|--------|---|--|
| 一般型 | 1 | 658円 | ①入浴Ⅰ 40円/日 ②入浴Ⅱ 55円/日 ③個別機能訓練加算(Ⅰ)イ 56円/日 ④個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ 76円/日 ⑤個別機能訓練加算(Ⅱ) 20円/月 ⑥口腔機能向上加算(Ⅱ) 160円/月2回 ⑦科学的介護推進体制加算 40円/月 | |
| | 2 | 777円 | | |
| | 3 | 900円 | | |
| | 4 | 1,023円 | | |
| | 5 | 1,148円 | | |
| サービス提供時間：8時間以上9時間未満 | | | | |
| 区分 | 要介護度 | 基本利用料金 | | |
| 一般型 | 1 | 669円 | | |
| | 2 | 791円 | | |
| | 3 | 915円 | | |
| | 4 | 1,041円 | | |
| | 5 | 1,168円 | | |

*中重度者ケア体制加算 …… 45円/日

*認知症加算 …… 60円/日

*サービス提供体制加算(Ⅰ) …… 22円/日

*サービス提供体制加算(Ⅱ) …… 18円/日

*時間延長サービス加算

9時間以上10時間未満の場合…… 50円

10時間以上11時間未満の場合…… 100円

*介護職員等処遇改善加算Ⅰロ ……所定単位数の12.0%

*負担割合が2割の方については、上記内容の2倍の利用料金となります。

*負担割合が3割の方については、上記内容の3倍の利用料金となります。

- (2) その他必要な費用

食費(食材料費及び調理費)……昼食634円(おやつ代含む。)

夕食572円

※食事キャンセルの取り扱い

やむを得ない事由(急な体調不良や入院、急なご都合等)により当日のサービス利用を中止される場合、または食事提供が不要になった場合は、サービス提供日当日の午前9時30分までに当事業所へ連絡をお願いします。

午前9時30分までにご連絡があった場合、食費は請求いたしません。

午前9時30分を過ぎてご連絡があった場合、またはご連絡が無かった場合、調理が開始され食材の手配が完了しているため食費を全額請求させていただきます。

ただし、利用者がお亡くなりになった場合、その後の食費は請求いたしません。

6 秘密の保持

事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者又は親族・姻族代表又は代理人及びその家族に関する秘密及び個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、事業所は利用者又は親族・姻族代表又は代理人及びその家族の個人情報が記載されている書類を他事業所に提供する場合には必ず利用者等の同意をあらかじめ文章により得たうえで提供します。

7 身体拘束は行いません

- (1) ぬくもりの家デイサービスセンターでは、事故を防止するためといえども利用者の行動・動きを制限することや体をしばったりする身体を拘束することはしません。これは利用者の人権を尊重し自由に行動していただくことであります。

そのため転倒を恐れて何もしないということではなく、事故などが起きないように安全と事故防止に最善の努力をしながら積極的に残存能力の維持、向上に努めます。

- (2) 安全と事故防止に最善の努力をしますが、一対一（付ききり）の介護でないため、けがや事故等が起こり得ることをご理解ください。
- (3) サービスの提供にあたっては、利用者の生命、身体、財産の安全・確保をしますが、緊急やむを得ない場合は、一時的に拘束又は行動を制限することがあります。その際は速やかに報告します。

8 利用者の制限及び禁止行為等

- (1) 利用者が認知症などの場合は、家族を含む第三者に重要事項の内容をご説明し同意をいただきます。
- (2) 飲酒・喫煙は、指定された場所とします。また、事故防止のため酒類及びたばこライター等の火器については施設にてお預かりさせていただきます。
- (3) 利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が他の利用者や事業者従業員に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことを禁止します。
- (4) 行事や理髪以外での現金の持ち込み・貴重金品の持ち込みは禁止とさせていただきます。万が一貴重金品を持ち込んだ場合については、事業者は一切の責任を負いません。

9 サービス提供における留意事項

- (1) 事業者はサービス提供にあたっては安全確保と事故防止について最善の努力を行っています。

万が一事故が発生した場合は、事業者はサービス提供に起因して生じた損害について賠償を行う責任を有しており、事故発生に備えて損害保険に加入しております。但し、利用者又は親族代表又は姻族代表及び家族の行為に起因する事故の場合や、事業者が相当の安全配慮措置を行ったにも関わらず事故が発生した場合、又は予見することができない事故については、損害賠償の責を減ずる又は免れる場合があります。

- (2) 以下の行為を行った場合は、契約書記載の契約解除条項に該当する可能性がありますのでご留意願います。

①利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が他の利用者又は事業所従業員への暴力、窃盗又は物品の破壊等の犯罪行為を行った場合。

②利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が他利用者及び事業所従業員への暴言や嫌がらせ、セクシャルハラスメント等のハラスメント行為を継続して行った場合。

③第8に定める制限及び禁止行為を行った場合。

④利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が他の利用者や事業者及び従業員の名誉を棄損する行為、又は事業者及び従業員に対し通常実施するサービスの範囲を超えたサービス提供を要求する等の営業妨害行為。

⑤利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族がSNS等を使用し、他の利用者又は事業者及び従業員の個人が特定できる情報や名誉を棄損する情報をインターネット上に公開する行為を行った場合。

10 利用料金の支払い方法

- (1) 毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、25日までに預貯金口座（ゆうちょ銀行、岩手ふるさと農業協同組合、水沢信用金庫）から自動引落としにより支払うものとします。お支払いいただきますと事業者は、領収書を発行します。
- (2) 利用者が、サービス利用料金の支払期日より3カ月以上遅延し、事業者が料金を支払うよう勧告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、遅延損害金として14.6%加算していただきます。

11 事故発生の対応と損害賠償

- (1) 利用者に対して介護サービスの提供により、事故が発生した場合は、可能な限り速やかに当該利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族に連絡するとともに市町村に報告するなどの必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対して介護サービスの提供により事業者の責に帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、損害を賠償します。ただし、利用者又は親族・姻族代表又は代理人及びその家族の故意又は過失等が認められた場合、又は事業者が相当の安全配慮措置を行ったにもかかわらず事故が発生した場合、又は予見することができない事故の場合に、利用者のおかれた心身の状況等を勘案して減額するのが相当と認められる場合は損害賠償の責を減ずる又は免れる場合があります。

| 連絡先 | 担当課・氏名・事業所名等 | | 電話番号 |
|---------|--------------|-------|--------------|
| 市町村 | 奥州市 | 長寿社会課 | 0197-24-2111 |
| | 金ヶ崎町 | 介護福祉課 | 0197-44-4560 |
| 家族 | | | |
| 居宅支援事業所 | | | |

12 虐待と思われる場合の通報

ぬくもりの家では、養護者による高齢者（児童）虐待を受けたと思われる身体状況等を発見した場合は、法令の定めるところにより奥州市又は金ヶ崎町に通報します。

13 相談、要望、苦情はいつでもお受けします。

サービスについて、利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族からの相談・要望・苦情に対しては、相談窓口を設けておりますのでお問い合わせください。

- (1) 苦情受付窓口
- | | | |
|------|--------------|--------------------|
| 担当者 | 通所課長 | 佐藤正好 |
| 受付時間 | 月～金曜日 | 8：30～17：00 |
| 電話 | 0197-46-5100 | F A X 0197-46-5166 |

(2) 行政機関、その他の苦情受付機関

- ・胆沢総合支所健康福祉グループ（健康増進プラザ悠悠館内）

| | | |
|------|--------------|--------------------|
| 受付時間 | 月～金曜日 | 8：30～17：00 |
| 電話 | 0197-46-2977 | F A X 0197-46-3105 |

- ・岩手県福祉サービス運営適正化委員会（ふれあいランド岩手内）

| | | |
|----|--------------|--------------------|
| 電話 | 019-637-8871 | F A X 019-637-4255 |
|----|--------------|--------------------|

- ・岩手県国民健康保険団体連合会

| | | | |
|------|--------------|--------------------|-------------|
| 受付時間 | 月～金曜日 | 9：00～12：00 | 13：00～17：00 |
| 電話 | 019-604-6700 | F A X 019-604-6701 | |

(3) 第三者委員の設置

苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性を配慮した適切な対応を推進するため第三者委員を設置します。

| | | | |
|---------|--------|--------|------------|
| 第三者委員 | 渡邊 松源 | 胆沢若柳 | 電話 46-2312 |
| | 菅野 憲彰 | 胆沢南都田 | 電話 46-3263 |
| | 安倍 キワ子 | 胆沢若柳 | 電話 49-2658 |
| 苦情解決責任者 | 佐々木明美 | ぬくもりの家 | 電話 46-5100 |

14 サービス提供の終了について

- (1) 本人の死亡や要介護認定で自立と判定された場合。
- (2) 利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が、サービスの中止の申し出を行った場合。
- (3) 利用者がサービス利用料金を3カ月以上遅延し、これを相当期間を定めた催告にもかかわらず支払わなかった場合。

15 第三者評価の実施状況について

当事業所では第三者評価を実施していません。

16 緊急時の対応方法

サービスの提供中利用者に容態の変化等があった場合は、主治医、救急隊、親族・姻族代表又は代理人及びその家族、居宅介護支援事業者へ連絡をいたします。

主治医

ご家族氏名 ① ② ③

緊急連絡先 ① ② ③

居宅介護事業者

通所介護の提供開始にあたり、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ました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人奥州いさわ会
所在地 岩手県奥州市胆沢南都田字大持30番地
事業所 ぬくもりの家デイサービスセンター
説明者 氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護事業所についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意します。また、サービス担当者会議等において居宅サービス事業者及び介護保険施設等の関係人に、利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族の必要な情報を提示することに同意いたします。

利用者

<住所>

<署名>

(代筆者署名 (続柄))

親族・姻族代表又は代理人

<住所>

<署名>