

重要事項説明書（地域密着型通所介護サービス）

あなたに対する地域密着型通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	市川デイサービスセンター サポートひかり
主たる事務所の所在地	光市中央3丁目2番26号
法人種別	医療法人社団 光仁会
代表者名	理事長 市川 晃
電話番号	0833-72-5700

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	市川デイサービスセンター サポートひかり
指定番号	山口県知事指定 第 3571000078 号
所在地	光市中央3丁目2番26号
電話番号	0833-72-5700

3. 事業の目的と運営方針

- 事業の目的
1. ご利用者が、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮して行うものとします。
 2. 日常生活上の必要な世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。

運営の方針

当事業所において提供する地域密着型通所介護は介護保険法並び、関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿って次のとおりとします。

1. ご利用者の人格を尊重し、常にご利用者の立場にたったサービスの提供に努めるとともにご利用者及び家族のニーズを的確に捉え、利用者、家族、職員相互の信頼関係を築き、安心してご利用していただけるようにいたします。
2. ご利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明します。
3. 常に、提供したサービスの質の評価を行いその改善を図るものとします。
4. 地域との結びつきを重視し、他のサービス事業者との連携に務めます。

4. ご利用事業所の職員体制、職務内容、員数及び勤務体制

- ・管理者 1名

職員の管理、指導及び業務の管理を一元的に行います。

- ・生活相談員 2名（常勤2名）

ご利用者及び家族の必要な相談に応じると共に、適切なサービスが提供されるよう事業所内の

サービスの調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携において必要な役割を果たします。

- ・介護職員 6名 (常勤4名 非常勤2名)
通所介護サービスの提供にあたり、心身の状況を的確に把握し、適切な介助を行います。
- ・看護職員 2名
看護職員は、健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を的確に把握するとともに利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。
- ・機能訓練指導員 2名
機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な訓練を行う。

5 営業日と営業時間

営業日 月曜日から土曜日まで。

但し、1月1日～1月3日及び事業所が指定する日を除く。

営業時間 午前8：30～午後5：00

サービス提供時間は午前9：00～午後4：10とする。

6 利用定員

一般型 18名 (総合事業給付サービス定員を含む。)

7 地域密着型通所介護の内容、提供方法 (介護保険の適用を受けられる項目)

- ① 日常生活上の援助
日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行います。
排泄の介助、移動の介助、通所の介助、休養、その他必要な身体の介護
- ② 健康状態の確認
各種サービスを利用するための健康チェック等を行いご利用者の健康状態を把握します。
- ③ 送迎サービス
障害の程度、地理的条件等により送迎を必要とすご利用者については、専用車輛により送迎を行います。また、必要に応じて送迎車輛への昇降及び移動の介助をします。
- ④ 入浴サービス
居宅における入浴が困難なご利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。
一般浴槽による入浴、特殊浴槽による入浴、衣服の着脱、身体の清拭や洗髪及び洗身等
- ⑤ 食事サービス
- ⑥ 相談、援助等に関する事
利用者及びその家族の日常生活における介護などに関する相談及び援助を行います。
- ⑦ レクリエーションサービス
身体機能の維持・向上等のサービスを提供します。

8 実施地域

光市 (但し、離島は除く。)

9 利用料金

- ① 地域密着型通所介護サービスが法定代理受領サービスに該当する場合
(介護保険が適用される場合)
介護保険利用者負担の割合に応じて負担するものとします。

- ② 通所介護サービスが法定代理受領サービスに該当しない場合
(介護保険が適用されない場合)
厚生労働大臣が定める基準の額とします。

*利用単価・加算については別紙に記載します。

③ 食事代

食事1回分につき 740円

- ④ おむつ代 ご家庭で使用されている品を持参されることを原則とします。
施設準備品の場合 実費

⑤ キャンセル料

頂きません。

⑥ その他

地域密着型通所介護サービスを提供する中で、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で、ご利用者が負担することが適当と認められる費用。

10. 苦情等申立窓口

苦情を受け付けた場合は、上司への報告、原因の究明、対応策の協議のうえ、解決方法の提示をします。

担当者	河原 美香 野田 貞朝
ご利用時間	平日午前9時～午後4時
ご利用方法	電話 0833-72-5700
	FAX 0833-71-0758

当事業所の他に、ご相談や苦情について下記の窓口があります。

光市高齢支援課介護保険係	0833-74-3003
山口県国民健康保険団体連合会	083-995-1010

11. 事故発生時の対応

- 1 利用者に対する地域密着型通所介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、関係市町等に連絡するとともに、必要な措置を講じる。
- 2 利用者に対する地域密着型通所介護サービス提供に当たって、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。
- 3 前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入します。

12. 非常災害対策

- 1 指定地域密着型通所介護の提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、非常災害に関する具体的計画を立て、従業者に周知徹底を図るとともに、避難経路、協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を取ります。
- 2 非常災害に備えるため、避難、救出その他必要な訓練を定期的に（年2回以上）行うものとします。

13. 秘密保持

従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密の保持を厳守します。

1.4. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡します。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	市川医院
	院長名	市川 晃
	所在地	光市中央3丁目2番26号
	電話番号	0833-72-5700
	診療科	内科・胃腸科・循環器科・外科 リハビリテーション科
	入院設備	有り
緊急連絡網	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

1.5. 利用にあたっての留意事項

- ①新規利用者の際は、介護保険証を確認させていただきます。
- ②使用料のお支払いは、月初めに請求書をお渡し致します。
「郵便局」・「JA」のみ口座からの引き落としが可能です。
- ③利用時にお金が必要なことはありません。紛失の可能性もあるため現金や高価な物の持ち込みはご遠慮下さい。

④欠席する際は、その日の朝までにご連絡をお願いします。

1.6. 高齢者虐待防止の為の取り組み

事業者は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	主任・河原 美香
-------------	----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 従業員が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業員が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(4) 虐待防止のための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員に周知徹底を図っています。

(5) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(6) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(7) サービス提供中に、当該施設従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

1.7. 身体拘束防止への取り組み

利用者に対する身体拘束防止のための必要な措置を次に掲げるとおり行います。

1 身体拘束防止についての研修を通じて、身体拘束の身体・精神に与える影響を学び、利用者の人権遵守につなげます。

2 生命に危険が及ぶなどの緊急の事情がある場合には身体拘束の必要性を家族に説明し、了承を得たうえで行います。

1.8. 業務継続計画の策定

(1) 感染症予防及び感染症の発生時の対応（衛生管理を含む）

・事業所は、施設における感染症の発生または食中毒の予防及び蔓延の防止のため必要な措置を講じるとともに、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。

・事業所は、感染対策の指針を整備します。

・事業所は、感染症発生の防止のための委員会及び従業員に対する研修、発生時の訓練を定期的に行います。

・事業所は、感染症が流行する時期等を起案して必要に応じてテレビ電話装置等を活用しサービス担当者会議等を行います。

・厚生労働大臣が定める感染症または食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

(2) 非常災害対策

事業所に災害に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害に関する取組みを行います。

・防災の対応：消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、避難、誘導にあたります。

・防災設備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。

・防災訓練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業員および利用者、地域住民の参加が得られるように連携に努め、消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。

・事業所は、大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。

当事業者は、地域密着型通所介護サービス提供開始に当たり、ご利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

所在地	光市中央3丁目2番13号
名称	市川デイサービスセンター サポートひかり
説明者	所属 市川デイサービスセンター サポートひかり
氏名	Ⓜ

私は本書面に基づいて事業所からの重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護サービスの提供の開始に同意いたします。

利用者

住所
氏名

利用者の代理人

住所
氏名