

めだかのデイサービス重要事項説明書及び同意書

＜令和 年 月 日現在＞

1 施設経営法人

- (1) 法人名 有限会社いわてにつかコミュニティ企画
- (2) 法人所在地 岩手県盛岡市乙部31地割17番地
- (3) 電話番号 019-675-1199
- (4) 代表者氏名 吉田ひさ子
- (5) 設立登記年月日 平成18年 4月 26日

(6) 基本構想

① 経営理念

- 一、 私達は富山型の福祉サービスとして、最期まで人間らしく、生き生きと生きることを追求し、暮らしを支援します。(科学性)
- 一、 私達は地域と共に歩み、福祉の文化を築き、幸せの見える地域づくりをいたします。(社会性)
- 一、 私達は働くことを通じて、人間的成長と、生きることの豊かさを求め、幸せになることを目指します。(人間性)

② 経営方針

- 1 人間の尊厳を守る
- 2 私生活上の秘密と名誉を守る
- 3 市民的な自由と社会参加を尊重する
- 4 民主的な運営を目指す
- 5 生命力をしばませない場づくり
- 6 自立生活を援助するケアをする
- 7 スタッフの人間力アップ
- 8 身体拘束の禁止

2 施設の概要

- (1) 指定年月日 平成 31 年 4 月 1 日
- (2) 介護保険事業所指定番号 <0370107120 号>
- (3) 提供サービスの種類 通所介護、通所型サービス
- (4) 施設の名称 めだかのデイサービス
- (5) 施設の所在地 岩手県盛岡市乙部 3 1 地割 1 3 番地 1
- (6) 電話番号 0 1 9 - 6 7 5 - 1 1 9 9
- (7) F A X 番号 0 1 9 - 6 7 5 - 1 1 9 5
- (8) 所長(管理者)氏名 佐藤 綾子
- (9) 開設年月日 平成 31 年 4 月 1 日
- (10) サービス提供地域 盛岡市（玉山地域を除く）、矢巾町（西徳田地区に限る）
紫波町（北沢地域に限る）
上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(11) 当事業所の職員体制

- ・管理者 1 名（生活相談員と兼務）

管理者は職員等の管理及び業務の管理を一元的に行う。

- ・生活相談員 2 名（うち 1 名は介護職と兼務）

生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、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す。

- ・看護職員 2 名（機能訓練指導員と兼務）

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。

- ・介護職員 6 名（うち 2 名は生活相談員と兼務）

介護職員は通所介護及び予防介護通所介護の提供に当たり利用者の心身の状況を的確に把握し、利用者に対し、適切な介助を行う。

・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機能訓練を行う。

・事務員 2名

会計、庶務等の事務処理を行う。

(12) 当事業所の設備の概要

| | | | |
|------------|---------|-----|----|
| 定 員 | 日～月 20名 | | |
| 食堂兼日常動作訓練室 | 1室 | 静養室 | 4室 |
| 浴 室 | 一般浴槽 | 送迎車 | 2台 |

(13) 営業日・時間

| | |
|--------|-----------------|
| 営業日 | 営業時間 |
| 日曜～月曜日 | 午前8時30分～午後5時30分 |

* サービス提供時間 午前9時00分～午後5時05分

(この時間内であれば、ご希望の時間に合わせて利用する事が可能です)

* 営業日は月曜日から日曜日とする。

3 サービス内容

- (1) 送迎
- (2) 食事
- (3) 入浴
- (4) 機能訓練
- (5) 生活相談 等

4 利用料金

(1) 利用料金

① 通所介護利用料(通所介護) 8時間以上～9時間未満)

| 介護度 | 1日あたりの利用料金 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(2割負担) | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(3割負担) |
|------|------------|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| 要介護1 | 6,690円 | 669円 | 1,338円 | 2,007円 |
| 要介護2 | 7,910円 | 791円 | 1,582円 | 2,373円 |
| 要介護3 | 9,150円 | 915円 | 1,830円 | 2,745円 |
| 要介護4 | 10,410円 | 1,041円 | 2,082円 | 3,123円 |
| 要介護5 | 11,680円 | 1,168円 | 2,336円 | 3,504円 |

② 加算料金

| 項目 | 1日あたりの利用料金 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(2割負担) | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額(3割負担) |
|-----------|------------|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| 入浴加算 | 400円 | 40円 | 80円 | 120円 |
| 延長加算(1時間) | 500円 | 50円 | 100円 | 150円 |
| 延長加算(2時間) | 1,000円 | 100円 | 200円 | 300円 |
| 延長加算(3時間) | 1,500円 | 150円 | 300円 | 450円 |

※延長加算は19:00より加算対象となります。

③ 介護職員処遇改善加算Ⅱ

基本保険料に各種加算、減算を加え1か月あたりの総単位数に、9.0%を乗じた単位数で算定。

その他(実費分)

ア 食材料費・調理費として1回利用あたり¥500(全額自己負担)を頂戴いたします。ただし、体調不良等で利用中断またはキャンセルとなった場合は、昼食を未摂取であっても食材料費及び調理費の¥500頂戴いたします。

イ 上記の他、余暇活動時にかかる費用等も自己負担となる場合があります。なお、自己負担が発生する際は、事前に文章にてご説明、ご連絡致します。

(2) 支払方法

ア 定める利用単位毎の料金と利用に係る実費分につきまして、月末締めとし、明細を添付して請求いたしますので、次月27日に口座引き落としとなります。

イ 定める利用単位毎の料金と利用に係る実費分につきまして、月末締めとし、明細を付して請求いたしますので、次月末日までに振り込みにてお支払いください。

ウ その他

ご利用者と当事業所両者合意のもと上記（ ）の方法でお支払い頂きます。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア お客様が介護保険施設に入所した場合

イ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

ウ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

ア 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は即座にサービスを終了する事ができます。

イ お客様がサービス料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当事業所や当事業所従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

(3) 健康上の理由による中止

① 風邪、病気等の際は、サービス提供をお断りすることがあります。

② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止をすることがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な処置を講じます。

④緊急連絡先（必ず連絡のつく電話番号の記入をお願い致します）

| | | | |
|-------|------|----|----|
| 緊急連絡先 | 氏名 | | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | 自宅 | 携帯 |
| | 続柄 | | |
| 主治医 | 病院名 | | |
| | 主治医名 | | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | | |

⑤サービスの中断

体調不良等で急遽利用を中断した場合は所定の単位数で算定させていただきます。

6 注意事項

(1) 医療行為について

① 原則として医療行為は禁止されておりますが、事前の打ち合わせにて当事業所の看護師により、体調把握及び入浴の可否判断のためのバイタルチェックはさせていただきます。その他、服薬、点眼、湿布等の処方を受けておられ、援助の必要な方はお申し出下さい。主治医との協議の上、対応できるものについては調整を図ります。

② 水虫につきましては感染防止のため薬の持参を依頼することもあります。

(2) 送迎面について

① 朝は遠方から、帰りは近場から送迎していますので、希望の時間に添いかねることもございます。

② 冬期間など道路状況により送迎時間に著しい変更が生じる場合は、事前に連絡させていただきます。

③ 利用日によって送迎時間が異なることがありますので、あらかじめご了承ください。

④ 利用日の前日に送迎時間の連絡を希望する際にはお申し出下さい。

(3) 入浴面について

① 入浴時の湯温は心臓への負担、血圧への影響の少ない 40～42 度に設定しております。

(4) 排泄面について

① 排泄時に紙オムツの持参がなく、利用中に尿とりパット、紙オムツが不足した場合はデイサービスの備品で対応いたします。連絡帳にてお知らせいたしますので次回利用日にご持参ください。

(5) サービス提供記録について

①通所介護の利用ごとに、サービス内容と領収金額を記載した連絡帳を交付いたしますので必ずご確認下さるようお願いいたします。なお、ご不明な点がございましたら遠慮なくお申し出下さい。

(6) その他

① 午睡時、当事業所ではベッドを用意しておりますが、スペースの関係上数に限りががあります。体調や障害の重い方を優先しておりますのでご了承ください。

② 所持品については、他の利用者の物と間違えないように、ご本人に管理して頂くか、専用のロッカーに収納しておりますが、名前を明記してくださるようお願いいたします。なお、多額の現金等事業所内へ貴重品の持ち込みはトラブルの防止上ご遠慮下さい。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

8 事故発生時の対応について

転倒等による事故が発生した場合は、親族及び居宅介護支援事業者等へ連絡するとともに、主治医へすみやかに連絡し、必要に応じて受診等必要な処置を講じます。

9 非常災害対策

当事業所は非常災害の対策として、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるために、定期的に、避難、救出その他必要な訓練を行います。

10 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所ご利用者相談・苦情担当

当事業所について、利用者又はその家族から苦情があった場合は、必要に応じて担当者がお宅に訪問し、苦情の内容を十分に把握し、解決策を検討し、利用者又はご家族に、懇切な説明を行い、同意を得るように努めます。苦情等の申し立ては次のところへお申し出ください。

| | | | |
|---------|----------------|-----------|--------------|
| 担 当 | めだかのデイサービス | | |
| | 管理者兼生活相談員 佐藤綾子 | | |
| 電 話 番 号 | 019-675-1199 | F A X 番 号 | 019-675-1195 |

※その他、ご相談は当事業所の看護師及び職員にご相談ください。

(2) 当事業所以外の、相談、苦情窓口-

| 受付先 | 電話番号 |
|------------------|--------------|
| 盛岡市役所介護保険課事業所指定係 | 019-626-7561 |
| 矢巾町役場健康長寿課支援係 | 019-611-2821 |
| 紫波町役場長寿健康課 | 019-671-1101 |
| 地域包括支援センター川久保 | 019-635-1682 |
| 国保連合会介護保険課 | 019-604-6700 |

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項、別紙の内容を説明しました。

<事業者>

所在地：岩手県盛岡市乙部3 1地割1 3番地1

名 称：めだかのデイサービス

説明者：

印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項、別紙の内容の説明を受け、同意しました。

(利用者)

<住 所>

<氏 名>

印

(代理人)

<住 所>

<氏 名>

印 (続柄)