

指定通所介護
めだかのデイ 2 号館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、私たちは富山型の福祉サービスとして、最期まで人間らしく、いきいきと生きることを追求し、暮らしを支援していきます。
- 一、私たちは地域と共に歩み、福祉の文化を築き、幸せの見える地域づくりをしていきます。
- 一、私たち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ています。

②経営方針

- 1 「人間らしく生きる」ことを具体的に追及する。
- 2 「生きる」生理的にも、経済的にも命を守る。
- 3 「暮らしを守る」自助努力と共に、社会的連帯の重視。

2 施設の概要

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 指定年月日 | 平成 21 年 2 月 1 日 |
| (2) 介護保険事業所指定番号 | ＜0370103707 号＞ |
| (3) 提供サービスの種類 | 通所介護 |
| (4) 施設の名称 | めだかのデイ 2 号館 |
| (5) 施設の所在地 | 岩手県盛岡市乙部 30 地割 76 番地 1 |
| (6) 電話番号 | 019-656-9316 |
| (7) F A X 番号 | 019-656-9317 |
| (8) 所長(管理者)氏名 | 管理者 伊藤 茜 |
| (9) 開設年月日 | 平成 21 年 2 月 1 日 |
| (10) サービス提供地域 | 盛岡市（玉山区除く）、矢巾町（西徳田地区に限る）、紫波町（北沢地区に限る）とする。
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

・管理者兼生活相談員 1 名

管理者は職員等の管理及び業務の管理を一元的に行い、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。

・生活相談員 1 名以上

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 1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 1名

個別機能訓練内容を計画しそれに基づき各職種と合同で実施する。

・介護職員 2名以上

介護職員は通所介護の提供にあ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。

・調理職員 1名

調理職員は利用者の嗜好、健康状態を考慮し、適切な食事の提供を行う。

・事務員 1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	20名		
食堂兼日常動作訓練室	1室	静養室	1室
浴室	一般浴槽2ヶ所 (昇降機付き1ヶ所)	送迎車	2台

(13) 営業日・時間

営業日	営業時間
月曜～日曜日	午前8時30分～午後5時30分

・サービス提供時間は9時00分～17時05分(8時間以上9時間未満)となっておりますが、この時間内であればご希望の利用時間がございましたら、お気軽にご相談ください。

・年中無休で営業いたしております。

(14) 第三者評価の実施はございません。

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(通常規模型通所介護 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	介護保険適用時の1日あたりの自己負担(2割負担者)	介護保険適用時の1日あたりの自己負担(3割負担者)
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	介護保険適用時の1日あたりの自己負担(2割負担者)	介護保険適用時の1日あたりの自己負担(3割負担者)
通所介護入浴介助加算Ⅰ	400円	40円	80円	120円
延長加算	500円	50円	100円	150円
(9時間以上10時間未満)	1,000円	100円	200円	300円
(10時間以上11時間未満)	1,500円	150円	300円	450円
(11時間以上12時間未満)	2,000円	200円	400円	600円
(12時間以上13時間未満)	2,500円	250円	500円	750円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	基本保険料に各種加算、減算を加えた1ヵ月あたりの総単位数に、9.2%を乗じた単位数で算定。			
通所介護中重度者ケア体制加算 (要介護3以上の高齢者を受け入れる体制を整えており事業所を評価するための加算)	450円	45円	90円	135円
サービス提供体制強化加算Ⅱ (介護職員の総数のうち介護福祉士の総数の割合が50%以上であるための加算)	180円	18円	36円	54円
通所介護送迎減算 (お泊りサービス利用の方) (家族が送迎する等送迎が不要な方)	470円/片道	47円/片道	94円/片道	141円/片道
通所介護同一建物減算 (有料老人ホーム入居の方)	940円/往復	94円/往復	188円/往復	282円/往復

※延長加算は18時00分より加算対象となります。

③その他(実費分)

- ア 食材料費として1回利用あたり¥500(全額自己負担)を頂戴いたします。*体調不良等で利用中断となった場合も同様といたします。
- 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、事前に文書にてご説明、ご連絡致します。

(2)支払方法

- ア サービス利用毎に、定める利用単位毎の料金と利用に係る実費分の合計について、当日明細を付して請求いたしますので、利用当日現金にてお支払いください。利用料金をお支払いいただきますと、領収書を発行します。
- 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、次月の10日前後に明細を付して請求いたしますので、次月末日までに振込または口座振替(毎月27日、休日の場合は翌営業日)にてお支払いください。
- ウ その他

ご利用者様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

緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	続柄	
主治医	病院名	
	主治医名	
	住所	
	電話番号	

④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、あらかじめご了承下さい。

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。使用した分は、利用料請求時におむつ代として請求させていただきます。

(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、名前を明記して下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2号館	管理者	伊藤 茜
	看護師	田中 道恵	介護主任 田中 澄江
電 話 番 号	019-656-9316	F A X 番 号	019-656-9317

※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
盛岡市介護保険課	019-626-7581
矢巾町いきがい推進課	019-611-2820
紫波町福祉課福祉推進室	019-672-6864
岩手県国保連合会介護保険課	019-623-4322
地域包括支援センター川久保	019-635-1682

11 虐待防止、身体拘束に関して

- (1) 虐待防止のための措置として、毎月開催している経営会議の中で報告、検討を行います。その他、必要時各館ごとに報告、検討を行い早期発見、再発防止に努めます。
- (2) 虐待防止委員会の設置を行い、職員間で定期的に研修を行います。
- (3) 身体拘束はやむを得ない場合以外は行わず、拘束を行う場合は本人、家族からの同意と説明を必ず行い、拘束している時間や内容等はケース記録に記録いたします。定期的に状況に応じて検討を行い、必要がなくなった際は速やかに拘束を解除いたします。

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 30 地割 76 番地 1

名 称：めだかのデイ 2 号館

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)