

デイサービスセンターひなた
指定地域密着型通所介護(日常生活支援総合事業 第一号通所事業)
重要事項説明書

1. 介護保険被保険者証等の確認

ご利用お申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証等の確認をさせていただきます。

2. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話	880-5670	FAX	880-5680
担当者	生活相談員：松本 百合子		

* ご不明な点は、何でもおたずね下さい。

3. デイサービスセンターひなたの概要

(1) 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 令和ふくし会
主たる事務所の所在地	〒011-0945 秋田市土崎港西三丁目11番5号
代表者（職名・氏名）	理事長 住谷 一男
設立年月日	平成14年11月1日
電話番号	018-816-0377

(2) ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンターひなた	
サービスの種類	地域密着型通所介護	第一号通所事業
指定年月日 事業所番号	平成28年10月1日指定 0590100723	平成30年4月1日指定 0570110148
事業所の所在地	〒011-0946 秋田市土崎港中央三丁目4番39号	
電話番号	018-880-5670	
利用定員	定員18人	
通常の事業の実施地域	秋田市	

(3) 協力医療機関

名称 杉山病院

住所 潟上市昭和大久保字北野出戸道脇41

(4) 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで(祝日も営業) ただし、年末年始(12月31日から1月3日)を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時20分から午後4時30分まで

(5) 施設設備の概要

食堂・機能訓練室	1室(158.83㎡)
浴室	一般浴1室(11.33㎡)特殊浴室1室(15.10㎡)
静養室	1室(27.18㎡)
相談室・事務室	1室(28.70㎡)
送迎車	3台

(6) 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1人、 非常勤 0人
生活相談員	常勤 1人、 非常勤 0人
看護職員	常勤 0人、 非常勤 2人
介護職員	常勤 2人、 非常勤 4人
機能訓練指導員	常勤 0人、 非常勤 2人

4. 指定地域密着型通所介護(第一号通所事業)サービス内容

(1) 運営の方針

- ① 利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことが出来るよう、日帰りで施設に通い、入浴、及び食事の提供(介護を含む)、その他日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
- ② 第一に利用者の意向を尊重し、常にお客様の立場に立ったサービスの提供を心がけます。
- ③ 担当介護支援専門員からの居宅介護サービス計画又は介護予防サービス・支援計画(以下「ケアプラン」という。)に基づいて地域密着型通所介護計画又は第一号通所事業計画(以下「個別サービス計画」という。)を作成し、その計画に沿って介護サービスを提供します。
- ④ 地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、ご利用者

の心身の状況を的確に把握し、機能訓練その他必要なサービスをご利用様の希望に添って適切に提供します。

⑤ 職員の資質向上のために、計画的に研修を行います。

(2) サービスの内容

サービスの内容は次のとおりです。個別サービス計画に基づいて、適切なサービスを提供いたします。

- ① 身体介護に関すること。
 - ア 食事の介助（昼食の提供）
 - イ 排泄の介助
 - ウ 入浴の介助
 - エ 機能訓練（利用者の心身の状況に合わせて実施）
 - オ その他、必要な身体介護
- ② 相談助言に関すること。
 - ア 生活、身上、介護に関する相談、助言
 - イ その他、必要な相談、助言
- ③ 服装確認や健康観察。
- ④ 教養娯楽及びレクリエーション行事の提供。
- ⑤ 送迎

5. 利用料金

(1) 料金は【別紙1・2】利用料金表による

(2) 介護保険給付または第一号事業支給費の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(3) キャンセル料

出来るだけご利用の24時間前までにご連絡下さい。キャンセル料はいただきません。但し、ご連絡のないキャンセルを重ねられた場合は、この限りではございません。

(4) 支払方法

① ご利用された月の翌月10日以降に請求書を発行いたします。

② お支払い方法

口座振替でお支払いいただきます。（ご入金確認後、領収書を発行いたします。）

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月27日(27日が土日祝の場合は翌営業日)に、お届けいただいた預金口座から振替させていただきます。 ※利用者様の通帳摘要欄には、「レイワフクシカイ」と印字されます。 ※振替手数料は令和ふくし会で負担いたしますが、残高不足

	等の理由で、27日に振替できなかった場合は、利用者様の手数料負担にて下記の口座まで振込をお願いします。
銀行振込先	残高不足等の理由で、振替できなかった場合の振込先 秋田銀行 土崎支店 普通預金 133432 社会福祉法人 令和ふくし会 理事長 住谷 一男 フク)レイワフクシカイ リジチョウ スミヤカズオ

6. 緊急時の対応方法

来所時のバイタルチェックや、サービス提供中において、熱発、血圧上昇、胸苦の訴えなど、容態に変化があった場合は、直ちにご家族、身元引受人、主治医等へ連絡し指示をいただきます。また、意識消失、呼びかけによる反応が薄い、転倒などによる痛み等が出現し、迅速な対応が必要な場合は、速やかに救急隊へ救急搬送を依頼することとします。

7. 事故発生時の対応

利用者に対する指定地域密着型通所介護(第一号通所事業)サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご家族、身元引受人、居宅介護支援事業者に連絡するとともに、事故対応マニュアルに沿って必要な措置を講じます。また賠償すべき事故が発生した場合は誠意をもって対応し、損害賠償を行います。当事業所では速やかに損害賠償を行うため、損害賠償保険に加入しています。

8. 非常災害対策

当事業者は、指定地域密着型通所介護(第一号通所事業)サービスの提供中に天災その他災害が発生した場合は、避難等適切な措置を講じます。また非常災害に備え、施設に防火管理者を置き、消防(防災)計画に基づき年に2回総合防災訓練を行います。

9. 苦情処理

利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、当事業所は相談窓口を設置します。窓口は生活相談員及び管理者が担当し、苦情が出た場合は迅速かつ適切に対処いたします。

また、当事業所は苦情に対する客観性の確保と事業運営の質の向上を目的に苦情相談に対する第三者委員会を設置しています。第三者委員会は苦情が出た場合、適切な苦情処理を行います。

○サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の苦情相談担当

当事業所の行うサービスについてのご相談、苦情を受け付けます。
デイサービスセンターひなた 電話 880-5670

担当：生活相談員 松本 百合子 FAX 880-5680
 管理者 浅野 晶
(2) 第三者委員会 高橋 永吉
 三浦 更六

(3) 当事業所以外に、市町村等の相談、苦情窓口を利用出来ます。

秋田市役所介護保険課	電 話	888-5674
	FAX	888-5673
秋田市役所長寿福祉課	電 話	888-5668
	FAX	888-5667
秋田県国民健康保険団体連合会	電 話	883-1550
秋田県運営適正化委員会	電 話	864-2726

10. 身体拘束の禁止

利用者に対する身体拘束及びそれに類する行為を行うことは、これを原則禁止とする。ただし、利用者自身及び他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。身体拘束等を行う場合は、あらかじめ家族に連絡、同意を得た上で行うものとするが、この場合においても継続的に行われるのではなく、期間を設定し行うものとする。これらにかかる手続きについては別に定める身体拘束適正化の規程によるものとする。

11. 虐待防止のための措置に関する事項

- (1) 虐待発生防止に努める観点から、「虐待防止・身体拘束廃止委員会」を組成し、委員会を定期的に開催する。なお、本委員会の責任者は管理者、担当者は生活相談員とします。
- (2) 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備して、従業者に対し、虐待の防止の為の研修を定期的に実施する。
- (3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催する。
- (4) 虐待等が発生した場合には、速やかに市町村に報告・相談するとともに、その要因の除去に努めます。客観的な事実確認の結果、虐待者が職員等であったことが判明した場合には、役職位の如何を問わず、厳正に対処します。緊急性の高い事案の場合には、市町村及び警察等の協力を仰ぎ、被虐待者の権利と生命の保全を優先します。

1 2. 衛生管理等

- (1) 施設内の食器その他の設備、又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止する為に必要な措置を講じます。

1 3. 運営推進会議について(※地域密着型通所介護のみ)

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヵ月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

1 4. 第三者評価の実施状況 (有 ・ 無)

(実施年月日)

(評価機関)

(評価結果)

1 5. サービスご利用の際に留意いただく事項

設備器具等の利用	施設内の設備器具等は、本来の用法に従って使用下さい。 これに反したご使用により破損等が生じた場合は、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	全館禁煙・禁酒(甘酒は、行事で特例あり)とさせていただきます。
迷惑行為等	喧嘩、暴行、中傷、口論、ハラスメント等、他の利用者に対する迷惑行為はしないで下さい。
所持品の管理	原則的に所持品は、日常生活用品に限り、貴重品の持参はご遠慮願います。
食べ物の持込等	健康上及び衛生管理上の理由により、食品等持込の際には職員にお申し出ください。また、他利用者へ食事やおやつを提供しないで下さい。
現金等の管理	現金等の管理は、利用者ご本人で管理して下さい。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対して、自身の信仰している宗教や政治活動を強要しないで下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はご遠慮願います。

*社会的な要望に応え、ボランティアの方々の受け入れ、介護職員等の養成実習の受け入れも行っておりますので、ご了承願います。

デイサービスセンターひなた指定地域密着型通所介護(第一号通所事業)を利用するにあたり、これら指定地域密着型通所介護(第一号通所事業)重要事項の内容について説明を受け、その内容について確認した上で同意致します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

本人との続柄 _____

事業者 事業者所在地 秋田市土崎港西三丁目 1 1 番 5 号

事業者名称 社会福祉法人令和ふくし会
理事長 住谷 一男 印

説明者 デイサービスセンターひなた

氏名 _____ 印