

指定通所介護・第一号通所事業 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要支援状態等、又は要介護状態にある方に対し、適正な指定通所介護、又は第一号通所事業(介護予防訪問介護相当サービス)を提供することにより要支援状態等、要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域

| | |
|-------------|----------------------|
| 事業所名 | デイサービスふたば |
| 指定番号 | 群馬県1070300213号 |
| 所在地 | 群馬県桐生市広沢町1丁目2643番地の1 |
| 管理者 | 諸井 直彦 |
| 電話番号 | 0277-54-8901 |
| F A X | 0277-54-8903 |
| サービスを提供する地域 | 桐生市 |

(2) 事業所の従業者体制

| | | |
|---------|---------------|--------------------------------------|
| 管理者 | 業務の一元的な管理 | 1名 |
| 生活相談員 | 生活相談及び指導 | 提供時間数に応じて1名以上 |
| 看護職員 | 心身の健康、保健衛生の管理 | 基準に応じた必要数 |
| 介護職員 | 介護業務 | 利用者15名まで1名以上、15名以上は端数を5で除した数に1を加えた人数 |
| 機能訓練指導員 | 運動機能の改善、減退の予防 | 1名以上 |
| 調理員 | 利用者の給食の調理 | 1名以上 |

(3) 設備の概要

○食堂 1室

利用者の全員が利用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が利用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○機能訓練室 1室

利用者が利用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○その他の設備

設備としてその他に、静養室・相談室・事務室等を設けます。

(4) 定員及び営業時間帯

| | | | |
|-----|-----------------|--------------|----------------|
| 定員 | 営業日 | 営業時間帯 | (サービス提供時間) |
| 30名 | 月～土曜日(※年末年始を除く) | 8時30分～17時30分 | (9時30分～16時30分) |

3. サービスの内容

(1) 送迎

- ① 送迎車により、事業所と自宅との間を行います。
- ② 通常の営業時間の利用の方を送迎します。

ただし、送迎の時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合があります。

(2) 健康状態の確認

看護職員が検温、血圧測定及び利用者の状態を確認します。

(3) 入浴

見守りや直接介助により、入浴を提供します。

(4) 食事

利用者に合った食事を提供します。

(5) 生活相談

事業者の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

(6) レクリエーション

- ① 併設施設において実施される行事等に参加することができます。
- ② 行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

(7) 排泄

随時、排泄介助を行います。

4. 利用料金

厚生労働大臣又は市が定める基準によるものであり、当該指定通所介護、又は第一号通所事業が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。(別表のとおり)

5. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。
- (2) 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- (3) 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (4) 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- (5) お弁当の持込はご希望により応じておりますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面、及びこれに関わる事故(食中毒等)につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等の関係先へ連絡をとるなど必要な措置を講じます。

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 虐待防止に関する事項

事業者は、利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。
- (4) その他虐待防止のために必要な措置。

12. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

13. 業務継続計画の策定

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。

- (1) 事業者は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- (2) 事業者は、定期的な業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

14. 苦情相談窓口

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

・ 苦情受付窓口（担当者）

椎名 佐枝子（ダイサービスふたば 生活相談員）

電話番号 0277-54-8900

受付時間 毎週月曜日～金曜日 08：30 ～ 17：30

また、「皆様の声」（ご意見箱）を設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付期間

・ 桐生市保健福祉部健康長寿課

所在地 : 〒376-8501 桐生市織姫町1-1

電話番号 : 0277-46-1111 内線391、392、393 FAX : 0277-45-2940

受付時間 : 08：30～07：15（土日祝日を除く）

・ 群馬県国民健康保険団体連合会

所在地 : 〒371-0846 前橋市元総社町335-8（群馬県市町村会館内）

電話番号 : 027-290-1363 FAX : 027-255-5308;5309

受付時間 : 08：30～07：15（土日祝日を除く）

・ 群馬県社会福祉協議会

所在地 : 〒371-8525 前橋市新前橋町13-12（群馬県社会福祉総合センター内）

電話番号 : 027-255-6033 FAX : 027-253-6173

受付時間 : 08：30～07：15（土日祝日を除く）

（3）苦情処理第三者委員

田中 久仁雄（連絡先 0277-52-5516）

富所 榮子（連絡先 0277-53-9637）

*公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

15. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況：未実施

令和 年 月 日

指定通所介護サービス、又は第一号通所事業サービスの開始に当たり契約者・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交付しました。

<事業者>

法人名

社会福祉法人 桐生療育双葉会

事業所名

デイサービスふたば (指定番号 群馬県1070300213号)

事業所所在地

群馬県桐生市広沢町1丁目2643番地の1

説明者 生活相談員 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護サービス、又は第一号津署事業サービスについて重要な事項の説明を受け同意しました。

<契約者(利用者)>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印(続柄 _____)