

通所型独自サービス重要事項説明書

社会福祉法人八戸市社会福祉協議会通所介護事業所

■ 通所型独自サービス事業の概要について

1 当事業所の概要について

事業所名	社会福祉法人八戸市社会福祉協議会通所介護事業所
所在地	青森県八戸市南郷大字島守字阿庄内15-2
電話番号	0178-82-3000
FAX番号	0178-82-3009
事業所番号	0272700378
サービス提供地域	八戸市
管理者氏名	前田 信治

2 当事業所の職員体制について

職 種	資 格	常 勤	非常勤	業 務 内 容
管理者	介護福祉士	1名		業務全般の管理
生活相談員	介護福祉士 社会福祉主事	5名以上		利用者の生活相談等
看護職員	看護師または 准看護師	1名以上	1名以上	利用者の看護 機能訓練指導員(兼務)
介護職員	介護福祉士	7名以上		利用者の介護等 利用者の送迎
	訪問介護員 認知症介護基 礎研修	1名以上		
事務員	認知症介護基 礎研修	1名		事務全般 (社協業務と兼務)
調理員	調理師	1名以上		利用者の給食等

3 当事業所の営業日及びサービス提供時間

営業日	1月1日から1月3日を除く毎日
営業時間	午前8時30分から午後5時
サービス提供時間	午前9時10分から午後4時15分

4 当事業所の設備の概要

八戸市立南郷デイサービスセンター(老人福祉センター南郷の一部)の設備

機能回復訓練室	1室	117㎡	特殊浴室	1室	45㎡
生活相談室	1室	18㎡	休養室	1室	100㎡
男子浴室	1室	67㎡	食堂	1室	36㎡
女子浴室	1室	67㎡	厨房	1室	45㎡
送迎車		5台	定員		25名

■ 当事業所の特徴等について

1 運営の方針について

- (1)通所型独自サービスは、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行います。事業者自らその提供する通所型独自サービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- (2)通所型独自サービスの提供にあたっては、通所型独自サービス計画に基づき、利用者の機能訓練及び、その者が日常生活を営むことができるよう、必要な援助を行います。
- (3)通所型独自サービスの提供にあたる従事者は、通所型独自サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- (4)通所型独自サービスの提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- (5)通所型独自サービスは、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供に努めます。

2 サービス利用のために

送迎時間の連絡	利用者個別に連絡します
体調確認	利用者個別に確認します
体調不良によるサービスの中止・変更	利用当日朝までに、連絡をお願いします
時間の変更	利用者の意思を尊重します
設備・器具の利用	従事者に確認のもと、適宜利用できます

■ サービス内容について

- 1 送迎・・・利用者の心身の状態によって、玄関先から徒歩又は車椅子やストレッチャー等の使用でセンターに送迎します。
- 2 食事・・・利用者の心身の状態に合わせて、昼食やおやつを提供します。
- 3 入浴・・・利用者の心身の状態によって、中間浴槽、一般浴槽が使用できます。
- 4 機能訓練・・・看護師が利用者の心身の状態に合わせて、指導します。
- 5 生活相談・・・利用者及び家族等の心配事や苦情、生活環境等について生活相談員が相談に乘ります。
- 6 健康チェック・・・看護師が利用者の心身の状況を把握し、健康管理をアドバイスします。

■ 利用料金について

1 通所型独自サービス利用料

	ケアプランにおいて下記回数の通所型独自サービスが必要とされた方	1ヶ月当たりの利用料金	介護保険1割適用時の1ヶ月当たりの自己負担額
事業対象者又は要支援1、2	1週間に1回程度	1ヶ月につき 17,980円	1ヶ月につき 1,798円
事業対象者又は要支援2	1週間につき2回程度	1ヶ月につき 36,210円	1ヶ月につき 3,621円

※自己負担分：介護保険負担割合証に定める割合の額

2 サービス提供体制加算Ⅱ

常勤換算で介護員のうち介護福祉士の割合が50%以上配置

1ヶ月当たりの利用料金

事業対象者又は要支援1、2（週1回程度） 720円/月

事業対象者又は要支援2（週2回程度） 1,440円/月

介護保険適用時の1ヶ月当たりの自己負担額

事業対象者又は要支援1、2（週1回程度） 72円/月

事業対象者又は要支援2（週2回程度） 144円/月

3 処遇改善加算（Ⅰ）

通所型独自サービス利用料及び各加算の利用料の合計額に9.2%増しの額を加算します。

4 食事料・・・昼食1食あたり500円

5 オムツ料

(1)リハビリパンツ・カバーおむつ 1枚100円

(2)尿とりパット 1枚20円

6 その他・・・手芸品代等は、全額が自己負担になります。

※前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者またはその家族に対し、そのサービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得るものとする。

■ サービス利用に当たっての留意事項について

- 1 事業所内では飲酒できません。
- 2 施設内は禁煙となっております。
- 3 従業者の指示に従って下さい。
- 4 暴力等危険行為はしないで下さい。

■ 非常災害対策について

- 1 災害時の対応 あらかじめ策定してある災害マニュアルに従って対応します。
- 2 防災設備 当局の指導どおり、設備してあります。
- 3 防災訓練 春と秋の2回、避難・消火訓練を実施します。
- 4 防火責任者 デイサービス所長

■ サービスの利用方法について

1 サービスの開始について

①サービス利用契約を結んだ後、サービスの提供を開始いたします。

2 サービスの終了について

①利用者の都合でサービスを終了したいときは、文書で解約できます。

②解約を希望する7日前までに解約届書をご提出ください。(共通文書5)

③事業所の都合でサービスを終了するときは、終了1ヶ月前までに通知します。

3 自動終了について

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスの終了になります。

①利用者が介護保険施設に入所したとき

②要介護認定により自立や要介護と認定されたとき、または、事業対象者に該当しなくなったとき

③利用者が死亡したとき

■ 事業者からの契約解除について

1 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、利用料金を支払うよう催促したにもかかわらず、30日以内に支払わなかった場合本契約を終了させて頂くことがあります。

2 利用者や家族の方などが当事業所や当事業所のサービスに対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為(以下、①～③)を行ったときは、直ちにサービスを終了させて頂くことがあります。

①身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為

②個人の尊厳や人格を、言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

※上記は、当事業所職員、取引先事業者の方、利用者及びその家族等が対象となります。

■ 利用料の支払い方法について

利用料金は、1ヶ月まとめて翌月の25日(25日が休業日のときは翌日)に、ご指定の金融機関の口座から自動引き落としさせていただきます。ただし、現金支払いも可能です。

■ 支給限度額を超えた場合について

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用されるときは、サービス利用料金の超過分が利用者負担となります。

■ 償還払いについて

利用者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。事業対象者または要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く全額が介護保険から払い戻しされます。

■ 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者の容態の急変、その他緊急事態が発生した場合は、主治医・家族に連絡する等、容態の悪化を最小限に防止するよう努めます。

■ 事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに家族に連絡する等、必要な措置を講じます。また、利用者に対して当事業所のサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業所は全国社会福祉協議会と損害保険契約を結んでいます。

■ 守秘義務等について

- 1 事業者及びサービス従事者は、利用者、家族等に関する個人情報を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
- 2 サービス従事者または従事者は、利用者、家族等に関する個人情報を、退職後も第三者に漏洩しません。

■ 研修について

従業者の資質向上を図るための研修の機会を年1回以上設けるものとします。

■ 記録の整備について

サービス提供に関する記録書を整備し、5年間保管します。

希望があれば、事業所で閲覧できます。

■ 身体拘束の禁止について

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いて、身体的拘束を行いません。

■ 虐待の防止について

「高齢者虐待防止のための指針」を整備し責任者を設置する等、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

■ 感染症対策について

「感染症の予防及びまん延防止のための指針」に則り、感染症を未然に防止し、発生時は感染が拡大しないよう速やかに対応する体制を構築し、利用者の健康と安全を継続的に守ります。

■ 業務継続に向けた取り組みについて

「BCP（業務継続計画）」を策定し、感染症や自然災害等の発生時においても、利用者に対するサービスを継続的に実施及び早期の業務再開を図ります。また、従業者においても、BCPの周知や必要な研修及び訓練を定期的の実施します。

● サービス内容に関する苦情・相談

- ・ 事業所では、介護予防・日常生活支援総合事業に関する苦情・相談受付窓口を設置しております。
- ・ 苦情・相談がある場合には、所定の用紙（共通文書6）に記入の上、ご提出下さい。

苦情の内容として・・・

- ★ 職員の対応等について
- ★ 運営等について
- ★ その他

受付窓口 → 社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会・南郷支局
電 話 82-3000 FAX 82-3009

受付担当者 各事業所管理者
解決責任者 中居 真由美

〒039-1166 八戸市根城八丁目8-155 （八戸市総合福祉会館内）
社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会
電 話 0178-47-2940
FAX 0178-47-1881

令和 年 月 日

社会福祉法人

八戸市社会福祉協議会

会 長 田 口 豊 實 殿

住 所

氏 名

印

介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス・通所型サービス）
の解約届出書

下記の理由により、利用者「
」様と社会福祉法人
八戸市社会福祉協議会、介護予防・日常生活支援総合事業との利用契約を
令和 年 月 日付で解約したいので届けます。

記

解約理由

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

令和 年 月 日

社会福祉法人

八戸市社会福祉協議会

会 長 田 口 豊 實 殿

住 所

氏 名

㊞

介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス・通所型サービス）の
事業所に関する苦情相談受付申請書

貴事業の内容等について、苦情・相談等がありますので申請します。

記

1 苦情

.....
.....
.....
.....

2 相談

.....
.....
.....
.....

3 その他

.....
.....
.....
.....

サービス提供開始にあたって、本書面に基づいて重要事項及び共通事項の説明をしました。

- 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介護事業所
- 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会通所介護事業所

令和 年 月 日
説明者職・氏名

印

私は、本書面に基づいて、事業所から重要事項の説明を受け、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者住所 八戸市南郷大字

利用者氏名 _____ 印

利用者は、心身の状況等により署名が出来ない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わってその署名を代筆しました。

署名代筆者住所

署名代筆者氏名 _____ 印

個人情報利用者同意書

個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。
記

1 使用目的

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供を受けるにあたって、保健・福祉機関、介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の他、介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供を受けている場合で、通院、救急で状態を医師、看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画書に掲載されている事業所。
- (2) 病院または診療所。

3 使用する期間

介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供を受けている期間。

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとして、関係者以外の者に洩れることのないよう注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記する。
- (3) その他必要な場合は、利用者・家族から了解を得るものとする。

事業所名称

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介護事業所 |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会通所介護事業所 |

令和 年 月 日

利用者住所 八戸市南郷大字

利用者氏名 _____ 印

家族代表住所

家族代表氏名 _____ 印

利用者は、心身の状況により署名が出来ない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者になってその署名を代筆しました。

署名代筆者住所

署名代筆者氏名 _____ 印