

# 地域密着型通所介護 重要事項説明書

<令和7年4月1日現在>

## 1 事業者（法人）の概要

法人名	特定非営利活動法人快生教学会
法人所在地	三重県いなべ市藤原町本郷836番地
代表者（職名・氏名）	理事長 林 淑乃
電話番号	0594-37-7062
FAX 番号	0594-37-5088

## 2 事業所の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	デイサービスえんむすび
サービスの種類	地域密着型通所介護
所在地	三重県いなべ市藤原町本郷836番地
電話番号	0594-37-7062
指定年月日・事業所番号	令和4年2月1日      2491400228
管理者の氏名	寺本 尚美
サービスを提供する地域 （*1）	いなべ市全域

\*1 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、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できるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、地域密着型通所介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他 関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

### (3) 当事業所の設備の概要

定員	15名	静養室	7.4㎡
食堂兼機能訓練室	135㎡	相談室	9.9㎡
浴室	一般浴槽(個浴)	送迎車	5台

### (4) 営業日時

事業所営業日時	月曜日～土曜日（8時30分～17時15分） （日曜日、12月31日～1月3日は休業）
サービス提供時間	9時30分～16時00分

※時間延長については、相談に応じます。

## 3 事業所の職員体制

職種	従事するサービス内容	人員
管理者	業務の管理を一元的に行います	常勤 1名
生活相談員	利用者やその家族からの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を行い、他機関との連携を図ります。また、介護サービス計画の作成を行います。	常勤 2名 非常勤 3名
看護職員	利用者の健康管理及び心身状態の把握を行います。	非常勤 3名
介護職員	利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者の地域密着型通所介護計画に基づく適切な介護サービスを提供します。	常勤 1名 非常勤 6名
機能訓練指導員	地域密着型通所介護サービスにおける機能訓練プログラムを作成し、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の必要な機能訓練を行います。	非常勤 3名

## 4 提供するサービスの内容

地域密着型通所介護サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

- (1) 身体の介護に関すること
- (2) 入浴に関すること
- (3) 食事に関すること
- (4) アクティビティに関すること（機能訓練含む）
- (5) 送迎に関すること
- (6) 相談、助言に関すること
- (7) 健康チェック
- (8) 若年性認知症ケアに関すること

## 5 利用料金

### (1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として**基本料金【別紙利用料金一覧表】**の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）の額です。ただし、介護保険の給付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。

### (2) キャンセル料

- ① 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。 連絡先（電話）：0594-37-7062
- ② 利用者の都合でサービスを中止する場合には、必ずサービス利用の前日までにご連絡ください。キャンセルで不測の損害が生じた場合は、その損害額を申し受けることとなりますのでご了承下さい。

### (3) 支払方法

利用料金（利用者負担金の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求をしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、領収書を発行します。

**原則は、自動口座引き落としといたします。**

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は翌営業日の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は翌営業日の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。 <b>百五銀行 いなべ支店 普通口座 413830</b>
現金払い	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は翌営業日の平日）に、現金でお支払いください。

## 6 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込ください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画(ケアプラン)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

#### ア 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。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)もしくは要支援1・要支援2と認定された場合
- ・ 利用者が亡くなられた場合

#### イ その他

- ・ 利用者やご家族などが当事業所のサービス従業者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、サービス契約終了の10日前に文書で通知し、直ちにサービスを終了させていただく場合があります。
- ・ 利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

## 7 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 主治医氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 住所 電話番号	

## 8 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して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。(当事業所はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。)

## 9 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護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(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 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に行います。
- (3) 定期的に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います。

## 10 非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は火気、消防等についての責任者を定め、年2回の定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

## 1 1 衛生管理について

事業所において感染症等が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 従業者等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所における感染症等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- (4) 事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (5) 従業者に対し、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 1 2 虐待・身体拘束の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
- (3) 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- (4) 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- (6) 事業者は、利用者又は他の利用者等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、身体的拘束等を行いません。
- (7) やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に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を記録致します。
- (8) 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者・責任者	管理者 寺本 尚美
-----------------	-----------

### 1.3 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。また、契約終了後及び従業者でなくなった後も、これらの秘密を漏らしません。
- (2) 当事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

### 1.4 相談・苦情対応方法

- (1) 相談・苦情のお申し出があったときは、お申し出の内容について、真摯に受け止め、懇切丁寧に対応いたします。
- (2) お申し出内容につきましては、正確に把握するために、ご利用者の自宅にお伺いし、関係する方々に直接確認を行う場合がありますのでご了承ください。

### 1.5 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口 電話番号	デイサービスえんむすび 0594-37-7062 管理者 寺本 尚美 生活相談員 寺本 尚美、近 友美、伊藤 いつみ
-----------------	--

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	いなべ市役所 福祉部	0594-86-7820
	三重県国民健康保険団体連合会	059-222-4165

### 1.6 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (2) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (3) 病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。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サービスを中止することがあります。

- (4) サービス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、ご家族に連絡のうえ、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に連絡を取る等必要な措置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には、振り替えることができませんので、ご了承ください。

- (5) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (6) サービス利用に関係のない物の持ち込みはご遠慮ください（特に金品類）。紛失された場合、当事業所では責任を負いかねますので、ご了承ください。
- (7) 事業所内での食品をはじめとした様々な品物のやり取りはなさないように、お願いします。（特別な事情がある場合は、事前にスタッフにご相談ください）

## 1.7 運営推進会議の設置

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。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。

### <運営推進会議>

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、近隣の介護保険サービス事業所職員等

開催：6か月に1度以上開催

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。記録は事務所において閲覧できます。

※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。

## 1.8 その他

「重要事項説明書」の内容に変更がある場合は、随時ご連絡いたします。

令和 年 月 日

利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

**(事業者)**

所在地 三重県いなべ市藤原町本郷836番地  
名称 特定非営利活動法人 快生教学会

重要事項

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

**(利用者)**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

**(代理人)**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(続柄 )

電話 \_\_\_\_\_