

「指定通所介護」重要事項説明書

喬木村デイサービスセンターふれ愛

当事業所は介護保険の指定を受けています。
通所介護 長野県指定 2072500685

◆◆目次◆◆

1. 事業者 (1P)
2. 事業所の概要 (1P)
3. 職員の配置状況 (2P)
4. 事業所が提供するサービスと利用料金 (2P～3P)
5. 緊急時の対応方法について (3P)
6. 守秘義務について (3P)
7. 高齢者の虐待防止について (3P)
8. ハラスメント防止対策について (3P)
9. 介護サービスの利用実施に関する留意事項 (4P)
10. 苦情の受付について (4P)

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 喬木村社会福祉協議会
(2) 法人所在地 長 野県下伊那郡喬木村 6 6 7 0 番地 1
(3) 電話番号 0 2 6 5 - 3 3 - 4 5 6 7
(4) 代表者氏名 会長 座光寺秀元
(5) 設立年月日 平成 2 年 8 月 1 6 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所 令和 2 年 4 月 1 日指定
(2) 事業所の目的 要介護の状態にある高齢者に対して適正な通所介護を提供する。
(3) 事業所の名称 喬木村デイサービスセンターふれ愛
(4) 事業所の所在地 下伊那郡喬木村 6670 番地 1
(5) 事業所管理者氏名 デイサービスセンター 桑原美津子
(6) 電話番号 デイサービスセンター 33-1631
(7) 事業所の運営方針 利用者がその有する能力に応じて、可能な限り自立したその人らしい日常生活を営むことができるようサービスを提供します。
(8) 開設年月日 平成 12 年 4 月 1 日 (通所介護)
(9) 事業所が行っている他の業務
第 1 号通所事業 (介護予防通所介護相当) 喬木村 平成 28 年 4 月 1 日 指定
(10) 通常の事業の実施地域 喬木村全域
(11) 営業日及び営業時間

営業日	日曜・年末年始 (12 月 30 日～1 月 3 日まで) を除く毎日
受付時間	月～金 午前 8 時 15 分～午後 5 時 15 分
サービス提供 時間帯	月～土 午前 9 時 00 分～午後 4 時 10 分

- (12) 利用定員： 通所介護 30 人

3. 職員の配置状況

○ 通所介護（デイサービス）

R6. 4. 1. 現在

職 種	常 勤	非常勤	指定基準
1 事業所管理者（兼務）	1 名		1 名 常勤兼務
2 生活相談員	3 名		1 名
3 看護職員	2 名以上		1 名
4 介護員	4 名以上	1 名以上	4 名
5 機能訓練指導員	1 名		1 名
6 送迎員		2 名以上	

4. 事業所が提供するサービスと利用料金

（1）介護保険の給付の対象となるサービスと対象外のサービスがあります。

〈サービスの概要〉

☆具体的なサービスの実施内容・日時・回数は、通所介護計画に定められます。

① 食 事 食事時間 12：00～12：59 （ただし、食材料費は別途いただきます。）

② 入 浴 一般浴槽又は機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排 泄 排泄の介助をします。（ただし、おむつ等代は実費をいただきます。）

④ レクリエーション(生活機能訓練)

個人の身体状況、生活環境等に添った活動に参加していただくことができます。（ただし、特殊な材料は実費をいただきます。）

⑤ 送 迎 ご利用者のご契約された場所からの送迎をいたします。

☆ その他 利用者の希望によりサービス提供時間外の利用料金は、1 時間未満 500 円とし、それを越える 30 分ごと 500 円とします。

〈サービス利用料金〉（料金表は別紙）

利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額：介護保険負担割合証による負担割合に応じた額）をお支払いください。なお、介護保険の給付対象外サービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

☆利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、コピーを必要とする場合 1 枚につき 20 円の負担をしていただきます。

(2) 利用の中止、変更、追加

○利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者申し出て下さい。

○当日になって、利用の中止の申し出をされた場合、下記の取消料をいただきます。

利用予定日の前日までに申し出た場合	無料
サービスの提供時間を過ぎてから申し出た場合	昼食代

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期日にサービスの提供ができない場合もあります。

○利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用を1か月ごとに計算し請求しますので、利用の15日に契約いただいた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。

5. 緊急時の対応方法について

サービス利用時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や医療機関への連絡をおこなうなど必要な措置を講じ、親族等へ連絡をします。

利用者の主治医・・・医療機関の名称： _____

主治医の氏名： _____

所在地： _____

緊急連絡先（家族等）・・・氏名： _____

利用者との関係： _____

連絡先電話番号： _____

6. 守秘義務について

当事業所がサービスを提供するうえで知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。サービスを提供するうえで必要な場合は、利用者ご本人、またはご家族の了解を得た上で情報を提供するものとします。

7. 高齢者虐待の防止について

当事業者は、人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる措置を講じます。
事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	事務局長：山崎光則
虐待防止に関する窓口担当者	地域総務課長：木下美和

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備しています。

④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。

8. ハラスメント防止対策について

当事業所は、人権・人格を尊重し、ハラスメント行為を禁止しています。

① 研修等を行い、倫理意識の向上、服務規律の遵守などに努めます。

② ハラスメント、カスタマーハラスメントの相談がしやすい環境を整備します。

③ 利用者又は家族等が、事業者や職員又は他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為（介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）及びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕を触る等）のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合は本契約を解除させて頂くことがあります。

9. 介護サービスの利用実施に関する留意事項

ア. 利用説明書に従い、ご利用当日の体調が悪い場合は必ず利用日朝までにご連絡下さい。

イ. 介護サービスの利用に当たり、利用者は定められたサービス以外の業務を事業者
に依頼することはできません。

- ウ．介護サービスの実施に関する指示・命令は、すべて事業者が行います。ただし、事業者は介護サービスの実施に当たって利用者の事情・意向等に十分に配慮します。
- エ．サービス利用当日に、利用者の理由でサービス内容に変更が生じた場合は、変更した内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。
- オ．介護員、看護員、の禁止行為

- | |
|--|
| ① 医療行為
② 利用者又はその家族等からの高価な物品等の授受
③ 飲酒及び利用者又はその家族等の同意なしに行う喫煙
④ 利用者又はその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
⑤ その他利用者又はその家族等に行う迷惑行為 |
|--|

カ．介護サービスの第三者評価については、実施していません。

10. 苦情の受付について

- (1) 事業所における苦情や相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

喬木村社会福祉協議会 苦情受付窓口 電 話 0265-33-4567 (内線 30)

○苦情解決責任者 事務局長 山崎光則

○苦情窓口担当者 地域総務課長：木下美和

○受付時間 月曜日～金曜日 午前8時15分～午後5時15分

土、日 祝祭日 年末年始(12/30～1/3) 休業

○電 話 0265-33-4567 (内線 30)

また、苦情受付ボックスを社協窓口及びデイサービスロビーに設置しています。

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

喬木村役場 保健福祉課	所在地 喬木村 6664 番地 電話番号 0265-33-5123 FAX 0265-33-3679 受付時間 8:30～17:15 (月～金)
長野県国民健康保険団体 連合会	所在地 長野市大字西長野字加茂北 1 4 3 - 8 電話番号 026-238-1555 FAX 026-238-1560 受付時間 9:00～16:00 (月～金)
長野県福祉サービス運営 適正化委員会 (長野県社 会福祉協議会内)	所在地 長野市中御所岡田 98-1 電話番号 0120-28-7109 (苦情受付専用電話) F A X 026-227-0137 受付時間 9:00～17:00 (月～金)

令和 年 月 日

指定居宅サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

喬木村デイサービスセンターふれ愛

説明者 氏名 印

私は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

私は、上記事業者が、私に対して提供する介護サービスについて連携を図るため、サービス担当者会議等での情報を共有することに対して、私及び家族の個人情報を用いることに同意しました。

同意の証とするため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

(利用者) 住 所 長野県下伊那郡喬木村 番地

氏 名 _____ 印 _____

家族、代表者住所	番地

氏 名 _____ 印 _____