

サンシャイン大森デイサービスセンター 山形市介護予防・日常生活支援総合事業における 通所型サービス(従前相当)重要事項説明書

当事業所は、山形市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス(従前相当)の提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等、説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

社会福祉法人山形が開設するサンシャイン大森デイサービスセンターが行う山形市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス(従前相当)の事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員、管理栄養士が、要支援状態等にある高齢者に対し、適正な通所型サービス(従前相当)を提供することを目的とする。

要支援状態等の利用者に対しその利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とする。

(2) 運営の方針

- ・利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、山形市・地域包括支援センター・他のサービス事業者・保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- ・通所型サービス(従前相当)の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導や助言を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。
- ・上記のほか、山形市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

2 事業者(法人)の概要

法人の名称	社会福祉法人 山形		
所在地	〒990－2231 山形市大字大森2139番地1		
	電話番号	023－685－1225	
代表者	理事長 宮舘 哲男		
設立年月日	平成9年7月7日		

3 当事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	サンシャイン大森デイサービスセンター		
サービスの種類	山形市介護予防・日常生活支援総合事業における 通所型サービス(従前相当)		
所在地	〒990-2231 山形市大字大森2139番地1		
	電話番号	023-685-1223	
管理者	阿部弘樹		
指定年月日	平成18年4月1日		
指定(事業所)番号	山形県0670100312号		
実施単位	1単位	利用定員	20名
通常の事業の実施地域		山形市	

(2) 当事業所の職員体制

職種	職員数	職務内容
管理者	1名 (生活相談員、介護職員と兼務)	事業所の従事者の管理、利用相談・申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。 ⇒事業所の業務を統括する。
生活相談員	1名以上 (介護職員と兼務可)	利用相談・申し込みに係る調整、ご利用者の日常生活上の支援、その他の必要な業務の提供を行います。
看護職員	1名(非常勤)	利用者の心身の状況等を的確に把握し、日常生活上の支援、健康管理、処置、その他の必要な看護業務の提供を行います。
介護職員	2名以上 (生活相談員と兼務可)	利用者の心身の状況等を的確に把握し、日常生活上の支援、健康管理、レクリエーション、その他の必要な業務の提供を行います。
機能訓練指導員	2名(理学療法士・常勤) (作業療法士・非常勤)	日常生活を営むのに必要な心身機能の低下の防止、及び維持回復を図るために必要な機能訓練を行います。

(3) 職種別勤務時間

早番	8時00分から17時00分
日勤	8時30分から17時30分
遅番	10時00分から19時00分
生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、管理栄養士	

(4) 当施設及び当事業所の設備の概要

施設	敷地面積	12, 000m ²	建物	鉄骨造平屋建て	
			延床面積	5, 097. 56m ²	
通所型サービス	デイルーム	164. 47m ²		静養室	43. 5m ²
				相談室	23. 4m ²
	浴室	一般浴槽1ヶ所		送迎車	3台
		特殊浴槽1ヶ所		ベット	5台

(5) 営業日時(サービス提供時間)

営業日	月～金 ただし、毎週土・日曜日、1月1日から1月3日は休業
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前10時00分～午後16時15分

4 提供するサービスの内容

サービス	内 容
1 送迎	自宅の玄関先まで、当事業所の車両で送迎いたします。
2 日常生活支援	利用者の方の身のまわりのお世話をさせていただきます。
3 健康状態確認	当事業所に到着後、血圧、体温等の健康チェックをいたします。 体調不良時は、状態により家族にご連絡いたします。
4 入浴	一般の大型浴槽の他、車椅子をご利用の方も安心して入れる座位式浴、寝たまま入浴できる特殊入浴もあります。
5 食事の提供	バランスのとれて栄養のある食事を準備しております。
6 生活指導・相談	生活全般における相談等をお受けいたします。
7 レクリエーション (アクティビティ)	月毎の行事予定に基づき、様々な活動の提供を行います。 ※外食会等、別途参加費がかかるものもございます。
8 介護方法の指導	介護の知識、技術の習得、相談等利用者の家族を対象に行っております。なお、ご案内はその都度配布いたします。

5 利用料

(1) 通所型サービス(従前相当)の利用料

①基本料金

算定対象	サービス費用	利用者負担額		
		1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援 1、事業対象者 週1回程度の利用	17,980円/月	1,798円	3,596円	5,394円
要支援 2、事業対象者 週2回程度の利用	36,210円/月	3,621円	7,242円	10,863円

②加算

加算の種類	加算の要件(概要)	利用者負担額		
		1割負担額	2割負担額	3割負担額
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	職員総数のうち、勤続 年数10年以上の介護 福祉士の占める割合 が100分の25以上	88円	176円	264円
	要支援 1、事業対象者 週1回程度の利用 要支援 2、事業対象者 週2回程度の利用	176円	352円	528円
科学的介護推進体 制加	利用者ごとのADL値、口腔機能、認知症の 状況その他の利用者の心身の状況等に係 る基本的な情報を厚生労働省に提出して いる。	40円	80円	120円
介護職員等処遇 改善加算(Ⅰ)	所定単位×92/1000(9.2%)			

※送迎、入浴に関する料金は基本料金に包括されています。

※介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)に関しては、介護職員の処遇改善を目指した加算になります。

③その他費用

食事提供費	昼食 770円 (全額自己負担額となります)
-------	---------------------------

※その他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用又は、外食会の費用等は別途料金となる
こともありますので、ご了承ください。

(2) 支払い方法

- ・1ヶ月ごとの利用料金を合計し、毎月15日頃まで請求書をお届け(郵送)いたします。
- ・支払いに関しましては、翌月26日(金融機関の休業日にあたる時は翌営業日)にご指定の
口座より引き落としをさせていただきます(きらやか銀行手数料110円、その他銀行手数料
143円)。なお、現金でのお支払いも可能です。
- ・領収書に関しましては、支払確認後、翌月請求書と一緒にお届け(郵送)いたします。

6 サービスの利用方法等

(1) サービスの利用方法

まずは、山形市、地域包括支援センターにご相談ください。

総合事業対象者と判断され、地域包括支援センターからの紹介後、契約を締結し、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書にてお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等をやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書にて通知いたします。

③自動終了

次の場合は、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保健施設に入所した場合
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合、及びチェックリスト該当者から外れた場合(この場合、条件を変更して再度契約することができます)
- ・利用者が死亡した場合

④その他

イ 次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、即座にサービスを終了することができます。

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・守秘義務に反した場合
- ・利用者や家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・当事業所が破産した場合

ロ 次の場合、当事業所は、文書で通知することにより、即座にこの契約を終了させていただく場合がございます。

- ・利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく、3ヶ月以上遅延した場合
- ・利用者や家族などが当事業所や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背信行為を行った場合

7 サービス利用に当たっての留意事項

体調確認	送迎時、サービス利用時に随時行います。
体調不良等による サービスの中止・変更	・ご利用中に体調不良を起こした場合は、家族、担当の地域包括支援センター職員等にご連絡のうえ、適切に対応いたします。 ・事前の体調不良等により、サービスを利用できなくなった場合は、早めのご連絡をお願いします。 ・集団生活の場である為、風邪や感染症等によりご利用が難しい状況と判断した場合は、ご利用をお断りする場合がありますのでご理解ください。

8 緊急時における対応方法

ご利用中に容体の急変等があった場合は、事前の確認事項に基づき、緊急連絡先、主治医、担当の地域包括支援センター職員等へ連絡し、相談、対応させていただきます。

<緊急連絡先>

①	氏 名	続柄()
	住 所	
	電話番号	

②	氏 名	続柄()
	住 所	
	電話番号	

<主治医>

医療機関名称	
氏 名	
住 所	
電話番号	

9 事故発生時の対応及び損害賠償

①当事業所はご利用者に対する通所型サービス(従前相当)の提供により事故が発生した場合には、速やかに山形市、利用者の家族、地域包括支援センター担当者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

②当事業所は利用者に対する通所型サービス(従前相当)の提供に伴って、自己の責めに帰すべき理由によりご利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

10 非常災害対策

非常災害時の対応	別途定める「サンシャイン大森消防計画書」により対応します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	71個	室内消火栓	1ヶ所
	自動火災報知機	3ヶ所	非常通報装置	1ヶ所
	誘導灯	2ヶ所		
防災訓練	別途定める「サンシャイン大森消防計画書」により、年4回避難訓練を利用者参加のうえ実施します。			
消防計画	消防署届出:平成29年5月1日			
防火管理者	今田 勝利			

11 虐待の防止

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待防止のために、つぎに掲げるとおり必要な措置を講じます。

1	虐待防止に関する責任者及び担当者を選定しています。 虐待防止に関する担当者：斎藤 大知 虐待防止に関する責任者：菱沼 松子
2	成年後見人制度の利用を支援します。
3	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、研修を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
4	苦情解決体制を整備しています。

12 サービスの内容に関する相談・苦情

- (1) 当事業所は、その提供したサービスに関する契約者等からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置して、適切に対応するものとします。

苦情受付担当者	阿部 弘樹
苦情解決責任者	菱沼 松子

申出方法・受付時間

1	施設内において面接による場合	午前9時～午後5時
2	電話による場合(受付電話番号 023-685-1225)	午前9時～午後5時
3	書面、FAXによる場合(受付FAX番号 023-685-1227)	24時間
4	E-mailによる場合(アドレス sunshine@ic-net.or.jp)	24時間
5	第三者委員による受付：荒木 昭雄 様	午前9時～午後5時
	渡邊 美津子 様	午前9時～午後5時
苦情解決責任者は、苦情受付担当者の報告に基づき、苦情処理委員会を招集し苦情解決の最善策の立案・検討をするとともに、再発防止及び施設内水平展開を実施します。		

- (2) 当事業所以外に、山形市の相談・苦情窓口や国民健康保険団体連合会に苦情を伝えることができます。

山形市	福祉推進部 介護保険課・長寿支援課 023-641-1212
国民健康保険団体連合会	介護保険課 介護サービス推進室(苦情処理専用) 0237-87-8006

13 秘密保持及び個人情報の保護

利用者及びその家族に関する秘密事項の保持について(守秘義務等)	①事業者や従業者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族等に関する秘密事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。また、この守秘義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
	②事業者は、従業員が退職後、在職中に知り得た利用者及びその家族等に関する秘密事項を漏洩することがないような必要な措置を講じるものとします。
個人情報の保護について	①事業者は、利用者から事前に文書で同意を得ない限り、利用者に係る他の介護サービス事業者等との連携を図る場合等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても同様とします。
	②事業者は、利用者に緊急の医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身の情報を提供できるものとします。また、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に基づく通報を行う場合も同様とします。

説明日 年 月 日

通所型サービス(従前相当)の提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づき重要な事項を説明しました。

<事業所所在地> 〒990-2231
山形市大字大森2139番地1

<事業所名> サンシャイン大森デイサービスセンター

<説明者> 所 属 デイサービスセンター

氏 名 印

私は、本書面により、事業者から通所型サービス(従前相当)についての重要事項の説明を受け、同意し、受領いたしました。

<契約者> 〒 -
住 所

氏 名 印

<代理人> 〒 -
住 所

氏 名 印

続柄()