

デイサービスあんず

サービス内容及び重要事項説明書

(介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス)

当事業所は利用者に対して通所型サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業所の概要

事業所の名称	デイサービス あんず		
事業所の所在地	青森県八戸市大字新井田字外久保 3-11		
連絡先	電話 0178-25-1620 FAX 0178-25-6494		
事業所の指定番号	0270301021		
開設月日	2000 年 10 月 1 日		
利用定員	30 名		
静養室	199.75 m ²	相談室	11.5 m ²
機能訓練室	140.276 m ²	浴室	40.0 m ²
送迎車	6 台		

2. 事業の目的

◆ 通所型サービス
要支援状態となった高齢者に対し、適切な通所型サービスを提供することを目的とする

3. 運営の方針

- 1 通所型サービスの実施に当たっては、通所介護計画に基づき、利用者の特性を踏まえて、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように、食事や入浴・機能訓練等を配慮した事業を行います。
- 2 事業所の従事者は、通所型サービスの実施にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者またはその家族に対し、介護予防の観点から必要とされる事項について、理解しやすいように指導または説明を行います。
- 3 常に、利用者の病状及び心身の状況並びに日常生活及びそのおかれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供致します。
- 4 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及びその評価をケース記録等に記録します。

4. 事業所の職員体制

当事業所では、利用者に対して通所型サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	配置職員数	指定基準
1. 管理者	1 名以上	1 名
2. 介護職員	4 名以上	4 名
3. 生活相談員	1 名以上	1 名
4. 看護職員	1 名以上	1 名
5. 機能訓練指導員（看護職員が兼務）	1.5 名以上	1 名

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 生活相談員 （介護職員が兼務）	勤務時間：8：00～17：30 原則として1名以上の生活相談員が勤務します。
2. 介護職員	勤務時間：8：00～17：30 利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。15人に対し1名の介護職員を配置し、5人増えるごとに1名配置します。
3. 看護職員	勤務時間：8：00～17：30 原則として1名以上の看護職員が勤務します。
4. 機能訓練指導 （看護職員が兼務）	勤務時間：8：00～17：30 1.5名以上の機能訓練指導員が勤務します。

5. 営業日及び営業時間

営業日時	月曜日～土曜日までの8時00分～17時30分まで。
休業日	日曜日、12月31日～1月2日。（祝祭日は営業しております。）
サービス提供時間	9時30分～16時30分まで。

6. サービス内容

指定通所介護サービス内容	
送迎	◆ ご自宅と事業所間を利用者の身体の状態に合わせた車両で送迎します。また必要に応じて乗降の介助を行います。
食事	◆ 昼食を 12 時から提供します。 ◆ 管理栄養士が立てる献立により、利用者の状況および嗜好を考慮したに食事を提供します。(650 円/食) ◆ アレルギーや偏食に関してはサービス利用前にお知らせ下さい
入浴	◆ 利用者の身体機能に応じた身体保清介助を行います。
機能訓練	◆ 利用者の心身等の状況に応じて作成した個別のプログラムに基づき、日常生活を送るために必要な機能の回復又は機能の減退を防止するための機能訓練を行ないます。
口腔機能向上	◆ 歯科衛生士指導の下、看護職及び介護職が個々の利用者に合った口腔ケアを提供します。 ◆ 口腔機能低下が見られる利用者には、言語聴覚士の指導の下、介護職及び介護職員が、機能向上に向けての介助を行います。

7. サービス利用料金（1 回あたり）

付属別紙「総合事業料金表」をご覧ください。

- (1) 利用料金表によって、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）をお支払い下さい。（付属別紙のサービス利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。）
- (2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条、第 6 条参照）のサービスは、利用料金全額が利用者の負担となります。付属別紙にて確認下さい。
- (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）
前記（1）、（2）の料金・費用は、毎月 1 日に（1 日が土曜・日曜・祝祭日の場合は、翌金融機関営業日）前月の利用料金等をご指定の口座より自動引き落としいたします。
- (4) 暴風・豪雨・台風・積雪等の急な気象状況の悪化などにより利用者宅、入居施設と事業所間の送迎に平時よりも時間を要した場合でも、サービス提供を行った場合、サービス提供時間に関わらず通常料金を頂く場合があります。

8. サービス利用にあたっての留意事項

送迎時間の連絡	◆ 事前に週間送迎表をお渡しします。 ◆ 初回時又は送迎時刻変更時は、前日(突発的な状態変化の場合は当日)に電話連絡いたします。
体調確認	◆ デイサービス到着後、利用者の体調管理に努めます。利用中に気分が悪くなった時は速やかに職員へ申し出て下さい。 ◆ 利用者の体調、健康状態について、ご家族様から聴取確認を行います。 ◆ 体調不良の場合にはかかりつけ医療機関を受診されてからのサービスご利用をお願いします。 ◆ サービス利用中に体調不良がみられる場合には、ご家族様対応で医療機関を受診していただきます。
利用者都合によるサービス中止・変更	◆ 利用者の都合によりサービスの利用を中止・変更する場合には、原則として前日までにご連絡をお願いします。 ◆ 利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。 ◆ サービス利用当日の突発的な事由による中止・変更については、8時00分までにご連絡をお願いします。 ◆ サービス利用当日の8時00分までに連絡をいただけなかった場合、所定のキャンセル料金をお支払いいただきます。但し利用者の体調不良等で連絡ができないなど正当な事由がある場合は、この限りではありません。
利用時間変更	◆ 医療機関受診後等のサービス利用については、サービス利用開始時間からのサービス提供時間帯といたします。
施設・設備使用上の注意	◆ 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。 ◆ 故意に、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担により原状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払い頂く場合があります。 ◆ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行う事は出来ません。 ◆ 事業所内は禁煙とします。 ◆ 利用当日、飲酒が認められた場合、利用を控えていただきます。

9. 引受人及び連帯保証人

身元引受人	◆ 利用者の生活維持又は介護等に関する意見申述を行い、必要に応じて事業所と協議することとします。 ◆ 身元引受人は、連帯保証人を兼ねることができます。
連帯保証人	◆ 連帯保証人は、利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。

10. 身体拘束防止のための措置

◆ 事業所及びサービス従事者は、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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない事とします。 ◆ 身体拘束防止のための指針を整備し、職員に対して研修等を実施します。 ◆ 緊急やむを得ない場合は身体拘束について身元引受人へ説明を行い、書面にて同意を得る事とします ◆ 身体拘束実施にあたり記録を行い、定期的に評価、見直しを行い、必要ない場合は速やかに解除します。
--

11. 虐待防止のための措置

◆ 虐待防止に関する責任者 管理者 柳沢佐江子 利用者に身体的、精神的苦痛等の虐待を防止するため、担当者を設置し、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するものとします。
--

12. 感染症の予防及びまん延防止のための措置

◆ 感染症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年4回以上開催するとともに、その結果について担当職員に周知徹底を図ります。 ◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。 ◆ 担当職員に対し、感染症予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を年2回以上実施します。
--

13. 緊急時の対応方法

◆ サービス提供中に利用者の病状の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、医療機関への搬送等の措置を講じるなど適切な処置、対応を行います。ご家族、主治医、介護支援専門員等にも速やかに連絡いたします。
--

14. 事故発生時の対応方法

- ◆ サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者に対して応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、お住いの市町村、ご家族、介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。
- ◆ 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、事故の発生原因を解明し従業員へ周知する等、再発防止対策を講じます。
- ◆ サービス提供中、利用者へ賠償すべき事故が発生した場合は、可能な限り速やかに損害賠償いたします。但し、事業所の責にすべからざる事由による場合は、この限りではありません（契約書第5章参照）

※当事業所は三井住友海上火災保険株式会社と、損害保険契約を締結しております。

15. 地域との連携

- ◆ 事業の運営に当たっては、地域住民又は住民の活動との連携や協力を行うなど、地域との交流に努めます。

16. 非常災害対策

- ◆ 防火責任者 管理者 柳沢佐江子
- ◆ 火災発生時には「防災マニュアル」に従い自衛消防責任組織を編成し、被害を最小限に止めます。
- ◆ 防災設備としては火災報知器、消火器、避難誘導灯を設置しております。
- ◆ 年2回の防災訓練を実施しております。

17. 勤務体制の確保

- ◆ 利用者に対して適切なサービスを提供できるよう、従業員の体制を定めます。
- ◆ 利用者に対するサービスの提供は、事業所の従業員によって行います。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではありません。
- ◆ 従業員の資質向上のための研修の機会設けます。
- ◆ 職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、担当職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

18. 業務継続計画の策定等

- ◆ 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する施設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じる。
- ◆ 事業所は、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。
- ◆ 事業所は、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うものとする。

19. 個人情報・記録の保持

- ◆ 当事業所のサービス従業者は、正当な理由なく業務上知り得た利用者及びご家族の情報を第三者に漏らしません。（守秘義務）また、利用者との利用開始に伴う契約を行う際には、あらかじめ文書にて同意を得ます。
- ◆ 事業者は、利用者に医療上の緊急性がある場合又はサービス担当者会議等で必要が認められる場合に限り、事前に利用者及びご家族の承諾を書面で確認した上で、必要最小限の範囲内で利用者及びご家族の個人情報を使用します。
- ◆ 利用者に提供したサービスについては記録を作成し、契約完結日から5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付いたします。

20. サービス利用の終了

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了希望日の7日前までに当事業所へお申し出ください。

当事業所の都合でサービスを終了する場合

- ◆ 事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により閉鎖した場合
- ◆ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ◆ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
終了1か月前までに文書でお知らせいたします。

次の場合、双方の通知が無くても自動的にサービスは終了 となります。

- ◆ 利用者の「介護予防サービス支援計画書」が変更され、利用予定が無くなった場合。
- ◆ 利用者が介護保険施設に入所された場合。
- ◆ 利用者の要介護認定区分が自立となり利用サービスの対象とならなくなった場合。
- ◆ 利用者が亡くなられた場合。
- ◆ 利用者の最終利用日から6ヶ月利用のない場合。

その他、下記の場合

- ◆ 利用者やご家族が当サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、当事業所より料金の支払いを催促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合。
- ◆ 利用者やご家族が当事業所や当事業所のサービス従業者又は他の利用者に対して、本サービスの提供を継続し難い暴力、暴言等のハラスメント行為を行った場合、又は事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害する行為が認められた場合
- ◆ 利用者が、契約締結時にその心身状況及び病歴等の重要事項について、故意にそれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約が継続しがたい重大の事態を生じさせた場合

21. 苦情相談窓口

サービス利用にあたり、利用者は次の所へ苦情を申し立てることが出来ます。

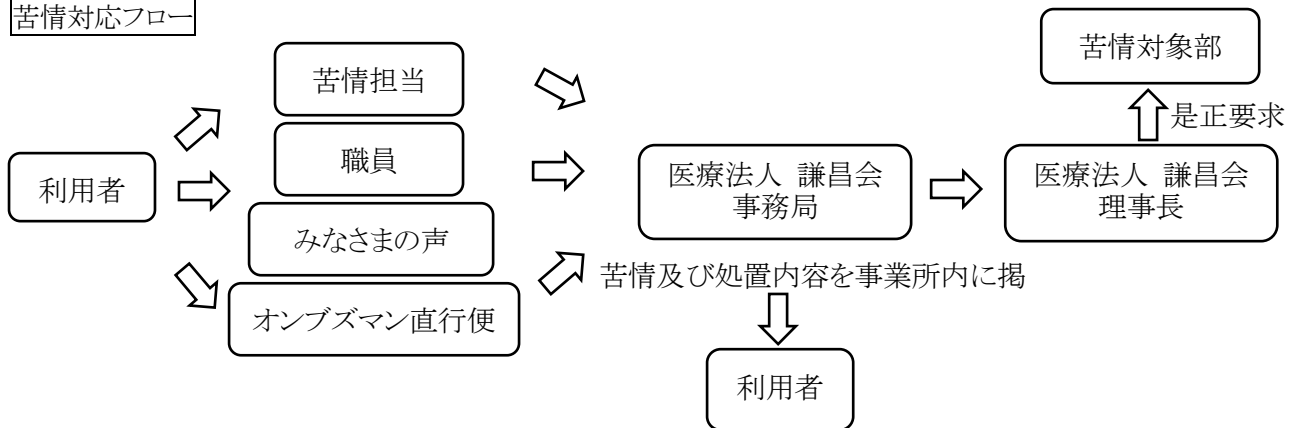
事業所窓口 デイサービス あんず	所在地 青森県八戸市大字新井田字外久保 3-11 電 話 0178-25-1620 F A X 0178-25-6494 受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～17時00分 担 当 者 管理者 柳沢佐江子
行政窓口 八戸市庁 介護保険課	所在地 青森県八戸市内丸1丁目1-1 電 話 0178-43-9292（直通） 受付時間 月曜日～金曜日 8時15分～17時00分 土日・祝祭日・年末年始はお休み
行政窓口 階上町役場 健康福祉課	所在地 青森県三戸郡階上町大字道仏字天当平 1 電 話 0178-88-2155 受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～17時00分 土日・祝祭日・年末年始はお休み
青森県国民健康保険団体連合会 苦情処理委員会	所在地 青森県青森市新町2丁目4-1 青森県共同ビル3階 電 話 017-723-1336 受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時45分 土日・祝祭日・年末年始はお休み

当事業者の苦情対応体制

- ◆ サービスの向上や利用者の理解を深めることを目的として、当事業者では利用者からの相談や苦情に対応する窓口を常設しております。
- ◆ お寄せいただいたご意見や苦情に対して是正処置が必要な場合には、理事長より対象部署へ是正処置を要求し、適切に処置が実施されたことを確認することで再発防止に努めております。

- ◆ サービスの向上や利用者の理解を深めることを目的として、当事業者では利用者からの相談や苦情に対応する窓口を常設しております。
- ◆ お寄せいただいたご意見や苦情に対して是正処置が必要な場合には、理事長より対象部署へ是正処置を要求し、適切に処置が実施されたことを確認することで再発防止に努めております。

苦情対応フロー



意裁判管轄について

- ◆ サービスの利用により生ずる権利義務に関する訴訟については、青森地方裁判所及び八戸簡易裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とさせていただきます。

③ 《ご利用中に起こり得る事態についての説明書》

当事業所では、ご利用者様が快適に施設をご利用できます様に、安全な環境づくりに努めておりますが、利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。尚、ご自宅でも起こり得ることですので十分にご留意くださいますようお願い申し上げます。説明で分からない事があれば、遠慮なくお尋ねください。

- ◆脳や心臓の疾患等により、利用者様の全身状態が急に悪化した場合は、緊急に病院受診をしていただく事があります。
- ◆下肢筋力低下により、歩行時の転倒やベッドや車椅子からの転落は骨折・外傷、頭蓋内損傷等の重大な事故につながる可能性があります。
- ◆認知症がある場合は移動能力の度合いを理解できずに行動してしまう為、転倒・転落の危険性は高まります。
- ◆高齢者の骨はもろく、転倒・転落をしなくても容易に骨折する可能性があります。脳梗塞後遺症により麻痺がある場合は、拘縮が徐々に強くなる為、援助行為中に骨折する事も予想されます。
- ◆高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができ易い状態にあります。
- ◆高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血ができ易い状態にあります。
- ◆加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

上記項目について、施設利用時に起こり得る事態について十分に理解しました。

④ 肖像権同意確認書

私は、当法人の発行する機関誌、施設紹介用資料、ホームページ並びに当施設への掲示物などにおいて、私の活動内容が分かる写真や動画などを掲載することに

同意します ・ 同意しません

【デイサービスあんず】

- ① デイサービスセンター契約書
- ② 重要事項説明書（添付 総合事業サービス料金表）
- ③ ご利用中に起こり得る事態についての説明書
- ④ 肖像権同意確認書

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス提供の開始に際し、上記①～④に基づき説明を行いました。

上記①契約及び②～④の説明・同意を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業所が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

事業所	
所在地	青森県八戸市大字新井田字外久保 3-11
名 称	デイサービスセンター あんず

説明者 _____

私は、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス提供の開始に際し、上記①～④に基づき説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

利用者家族又は署名代行者 (利用者との関係 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

※署名代行の理由を□に✓してください。

□本人が身体上の理由で署名できない。

□その他[_____]

身元引受人 (利用者との関係 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

□ 身元引受人が連帯保証人も
兼ねる

(✓した場合、以下省略可)

連帯保証人 (利用者との関係 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____