

重要事項説明書（日常生活支援総合事業）

1 当施設が提供するサービスについての窓口

管理者 平島 範親

生活相談員 古賀 康英・江藤 幸太郎・江口 昌孝・諸藤 昭浩

電話番号 0942-35-0200

2 日常生活支援総合事業の内容

- ・ご利用日 毎週 月・火・水・木・金・土 曜日
- ・ご利用時間 午前 _____ : _____ ~ 午後 _____ : _____
- ・ご利用内容 送迎 なし・あり
入浴 なし・あり

3 日常生活支援総合事業の目的

当センターにおいては、要支援状態のお客様の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらにお客様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、ならびにご家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。

また、提供するサービスの質の向上を図るため、介護予防通所介護従事職員の仕事に関する知識・技術の習得及び資質の向上を期し職員研修制度を設けます。

4 事業者

本部所在地 福岡県久留米市上津町字向野2228番地の321
法人名称 社会福祉法人 平和の聖母
電話番号 0942-21-1188
代表者氏名 理事長 井手 信

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	デイサービスセンターメゾンマリア
所在地	福岡県久留米市津福本町276-2
事業者番号	4071601381
サービスを提供する地域	久留米市

(2) 職員体制

	資格	常勤	非常勤
管理者	介護福祉士・介護支援専門員	1名	0名
生活相談員	社会福祉主事・介護福祉士	3名以上※1	0名
看護職員	看護師・准看護師	1名	2名※2
介護職員	介護福祉士・ヘルパー2級	5名※1	5名※1
機能訓練指導員	看護師・准看護師	1名	2名※2

※1 介護職員と兼任

※2 看護師・准看護師と兼任

(3) 施設の概要

定員	30名		
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	1室
浴室	一般浴槽	静養室	1室
	特殊浴槽	送迎車	7台
個人浴槽			

(4) 営業時間

営業時間	午前8時30分～午後6時
サービス提供時間	午前10時～午後3時 ※3時間以上5時間未満
休日	日曜日

5 サービスの内容

地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者が作成した「居宅サービス計画」に基づいて、次に掲げるサービスのうち必要と認められるものを、利用者の希望に沿って行います。

- (1) 送迎 (ご家庭とセンターの間を、ワゴン車等の車両で送迎します)
- (2) 入浴 (職員が入浴の介助を行います)
- (3) 食事 (施設で昼食・おやつをご提供いたします)
- (4) 排泄介助 (職員が排泄介助を行います)
- (5) 歩行介助 (職員が移動時の歩行介助を行います)
- (6) 整容 (調髪、爪切り等を行います)
- (7) 運動器機能向上 (看護職員等が必要な利用者様に対して運動器機能向上計画を策定します)
- (8) 生活機能向上グループ活動 (生活機能の向上を目的とした日常生活上の支援を行います)
- (9) 栄養改善 (管理栄養士等が低栄養状態の利用者様に対して栄養計画を策定します)
- (10) 口腔機能向上 (看護職員等が必要な利用者様に対して口腔機能向上計画を策定します)
- (11) 他機関との各種会議について

ご契約者が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を行います。

ご契約者が参加して実施するものについて、上記に加え、ご契約者の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して実施します。

6 料金

お支払いいただく料金の単価は下記のとおりです。

久留米市介護予防・日常生活支援総合事業保険給付の自己負担額 (1回あたり)

(1) 介護保険給付対象分

●元気デイ 3時間以上5時間未満 (10:00～15:00)

要介護度	単位	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者	210単位	210円	420円	630円
要支援1	210単位	210円	420円	630円
要支援2	432単位	432円	864円	1,296円

●予防デイ 3時間以上5時間未満(10:00~15:00)

要介護度	単位	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者	436単位	436円	872円	1,308円
要支援1	436単位	436円	872円	1,308円
要支援2	447単位	447円	894円	1,341円

●その他の加算について

項目	単位	1割負担	2割負担	3割負担
(予防デイ・元気デイ)口腔・栄養スクリーニング(1)加算	20単位	20円	40円	60円
(予防デイ・元気デイ)科学的介護推進体制加算	40単位	40円	80円	120円
(元気デイ)事業所が送迎を行わない場合	所定単位数の90/100	左記の1割	左記の2割	左記の3割
(予防デイ)事業所が送迎を行わない場合	-47単位	-47円	-94円	-141円
(予防デイ)サービス提供体制強化加算I 事業対象者・要支援1	88単位	88円	176円	264円
(予防デイ)サービス提供体制強化加算I 要支援2	176単位	176円	352円	538円
(予防デイ)介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位数の92/1000	左記の1割	左記の2割	左記の3割

※ 料金は、介護保険法に基づき算出いたします。上記の料金は目安です。

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保健給付金が直接事業者を支払われない場合は、一旦介護保険適用外の場合の料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日久留米市の窓口へ提出されますと、差額の払い戻しを受けることができません。

- (2) 全額自己負担分 昼食(調理費・材料費)650円・紙パンツ(1枚)120円
尿取りパット(1枚)45円 (元気デイのみ)入浴代1回500円
- (3) その他 教養娯楽に関する費用、行事にかかる費用等は自己負担となります。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を依頼している場合には、地域包括支援センターにご相談ください。当施設へ直接ご相談いただいても結構です。

(2) サービスの終了

①お客様の都合でサービスを終了する場合

原則サービスの終了希望日の1週間前までにお申し出下さい。

②当センターの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か月前までに文書で通知します。

(3) 自動終了

次の場合は、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。

- ①お客様が介護保険施設に入所された場合
②お客様が長期療養入院された場合

③お客様の要支援認定区分が、要介護1・2・3・4・5もしくは非該当と認定された場合

④お客様がお亡くなりになられた場合

(4) その他

当センター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、お客様やご家族に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当センターが破産した場合、お客様は解約を告知することによって即座にサービスを終了することができます。

お客様が、サービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず2週間以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当センターやセンターのサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただくことがあります。

8 業務継続計画の策定

(1) 感染症や非常災害時の発生時の対応について

当事業所は感染症や非常災害時の発生において、ご契約者に対する指定通所介護事業所の提供を継続的に実施するために及び非常時の体制での業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、職員に対し、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実施するよう努めます。

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。

9 相談・要望・苦情等の窓口及び虐待に関する相談先

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 生活相談員 古賀 康英

○苦情解決責任者 施設長 平島 範親

○受付時間 毎週月曜日～日曜日 9:00～17:00

○電話番号 0942-35-0200 ○FAX 0942-35-9000

(2) 行政機関その他苦情受付機関

久留米市役所 介護保険課	所在地 久留米市城南町 15-3 電話番号 0942-30-9247 FAX 0942-36-6845
福岡県 国民健康保険団体連合会	所在地 福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話番号 092-642-7859 FAX 092-642-7857
福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正化委員会	所在地 春日市原町 3-1-7 電話番号 092-915-3511 FAX 092-915-3512

(3) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

大石 昌彦	大石法律事務所 TEL 0942-32-2005 FAX 0942-31-0520
中島 俊則	久留米天使園 TEL 0942-43-3418 FAX 0942-43-1761

(4) 虐待の防止措置

当事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じるよう努めます。

- ① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等使用）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止の措置を講じるための担当者を設置し、事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ③ デイサービス職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。

(5) 虐待に関する相談先について

【虐待防止受付担当者】 職名及び氏名 生活相談員 古賀 康英

【虐待防止対応責任者】 職名及び氏名 管理者 平島 範親

【受付時間】 365日 9:00～18:00

【電話／FAX】 電話 0942-35-0200 FAX 0942-35-9000

9 緊急時の対応

事業所は、現に通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

10 第三者評価実施状況について

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。

令和 年 月 日

指定介護予防通所介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

デイサービスセンターメゾンマリア 管理者 氏名 平島 範親 印

説明者 職種 氏名 印

私は、本書面に基いて事業者から重要事項説明を受け、指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

(利用者)

<住所> _____

<氏名> _____ 印

(代理人・ご家族)

<住所> _____

<氏名> _____ 印(続柄 _____)

【個人情報に関する同意書】

個人情報保護法に基づき、利用者（以下、「甲」という）の個人データをデイサービスセンターメゾンマリア（以下、「乙」という）は、乙が甲に対して利用する内容について、次のとおり通知致します。この通知に対して甲は、個人情報の使用に関して同意いたします。

事業所に保管する個人情報に関する内容

- (01) 緊急時連絡先一覧表
 - ・ 外出行事等にて甲の体調が変化、もしくは著しく変化した場合に使用する為
- (02) 介護保険証のコピー
 - ・ 甲の介護度、認定期間等の確認の為
- (03) 契約書・重要事項説明書
 - ・ 内容及び手続きの説明及び同意の為
- (04) 業務日誌
 - ・ 甲の状態を介護の面から把握する為
- (05) サービス（運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上等）計画表
 - ・ 甲が選択したサービスを計画した内容を把握する為
- (06) 通所介護計画書
 - ・ 甲の乙における、目的・目標を作成する為
- (07) サービス提供票
 - ・ 各甲の乙利用日程を確認する為
- (08) 居宅サービス計画書
 - ・ 甲の情報を介護支援専門員と共有する為
- (09) 食事内容一覧表（昼食・おやつ）
 - ・ 甲の状況・状態に合わせて食事の提供を迅速かつ、円滑に行う為
- (10) 診療情報提供書
 - ・ 甲の心身の状況を医師の判断に基づいて事業所が医療面で注意する内容を把握する為
- (11) 送迎記録
 - ・ 甲の送迎記録を把握し、乙の運営規程に基づいているかを確認する為
- (12) サービス担当者会議記録
 - ・ 介護支援専門員、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等が行う、サービス担当者会議の検討内容等を行った記録を保管する為
- (13) 苦情の内容等（ヒヤリハット等）
 - ・ 甲からの苦情を受けた場合、その苦情を職員間で議論し、対策を行う為
- (14) 利用申込表
 - ・ 新規の甲についてご本人、ご家族、担当の介護支援専門員と円滑な連携を行う為
- (15) 身長・体重測定一覧表
 - ・ 甲の身長・体重を測定し状態の変化を把握する為
- (16) バイタル表（血圧・脈拍・体温・口腔ケア・食事摂取量・トイレ誘導・その他）
 - ・ 甲の状態を職員が把握し、体調の変化に迅速に対応する為
- (17) 利用者週間予定表
 - ・ 甲の乙利用日程を確認する為
- (18) 口座振込関係

- ・ 甲が認知症等、やむえない事情がある場合、ご家族により口座振込とした場合、通帳に記録が記帳される為
- (19) 個人情報記録簿
 - ・ 甲の体調が著しく変化し、病院等に搬送された場合、医師、看護師等と情報を共有する為
 - ・ 乙において実習生が実習を行うとき、利用者の状態・状況を把握し、未然に事故等を防ぐ必要がある為
- (20) 各サービス実施記録・チェック表
 - ・ 居宅サービス計画を基に各サービスを計画、実施した記録等の評価を行う為
- (21) 通所介護計画経過報告書（モニタリング）
 - ・ 担当の介護支援専門員に毎月の利用状況を記録し利用状況等を報告する為
- (22) 利用者個人記録
 - ・ 甲の利用状況等を記録する為

利用者間交流、送迎、家族との連携に関する内容

- (01) 各アンケートの記名式書類
 - ・ 甲の要望等を把握する為
- (02) 写真（離設マニュアル用）
 - ・ 甲が無断で外出した場合に備え迅速な対応を行う為
- (03) 携帯電話への登録
 - ・ 甲の送迎を合理的に行い、負担を軽減する為
- (04) 自宅の地図
 - ・ 甲の自宅を乙が把握し、送迎を行う為
- (05) 生年月日一覧表
 - ・ 甲の誕生会を行うにあたり、乙が誕生日を把握する為
- (06) 全体写真・集合写真
 - ・ 外出・室内行事等の記録を写真で保管する為
- (07) 連絡票
 - ・ 乙と甲の家族との間で情報を交換、共有を行う為

請求事務に関する内容

- (01) 請求兼領収書
 - ・ 甲の本人負担にともない請求及び領収に使用する為
- (02) 介護給付費請求書・居宅サービス介護給付費明細書・介護券
 - ・ 福岡県国民健康保険団体連合会に対して、介護報酬の請求を行う為

デイサービスセンターメゾンマリアより情報発信に関する内容

- (01) 広報誌・パンフレット・案内状
 - ・ 社会福祉法人平和の聖母（乙）の情報公開の手段として使用する為（年3回）
- (02) ホームページ
 - ・ 社会福祉法人平和の聖母（乙）がインターネット上に公開している情報物に使用する為（随時更新）

同意書の更新に関する内容

この同意書は、乙の運営規定の変更により内容が、変更される場合があります。あらかじめご了承ください。

上記の同意書の内容を理解し了承しました。

令和 年 月 日

説明者 職種 _____ 氏名 _____ 印

(利用者)

<住所> _____

<氏名> _____ 印

(代理人)

<住所> _____

<氏名> _____ 印(続柄 _____)

(家族等・緊急連絡先)

<住所> _____

<氏名> _____ 印(続柄 _____)

- 1、この用紙に書いて頂いた住所氏名等の個人情報は、データセンターがソマリに保存します。
- 2、ご記入いただいた情報は個人情報利用に係る同意書に同意していただいた証明のみに用い、他のいかなる目的にも利用いたしません。
- 3、ご記入いただいた情報は、本人の許可無く第三者に譲渡または、開示することはありません。
- 4、これらの個人情報の利用にご承諾できない方は、あらかじめ事業所にお申し出下さい。