

介護予防・日常生活支援総合事業

「通所型サービスA」 重要事項説明書

介護予防デイ がくえん かんころ楽園

【事業所番号 35A7100032】

社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会

1. 本会が提供するサービスについての相談窓口

電 話 番 号	77-0190（午前8時30分～午後5時15分まで） （土・日・祝日及び12/29～1/3を除く）
担 当	ふじ た きみ え 藤 田 君 恵（管理者 兼務 従事者） まつ おか てつ お 松 岡 徹 郎（東和・橘地域福祉活動センター 福祉活動専門員）

2. 事 業 者

名 称	社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会
所 在 地	山口県大島郡周防大島町大字小松125-2
電 話 番 号	0820-74-2948
代表者氏名	会 長 河 原 光 雄
設立年月日	平成16年10月1日

3. 介護予防デイ かんころ楽園の概要

事 業 所 の 名 称	介護予防デイ かんころ楽園
サービスの種類	周防大島町介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA
事業所の所在地	山口県大島郡周防大島町大字油良506
電 話 番 号	0820-73-0642
管 理 者 氏 名	藤 田 君 恵
事業実施地域	周防大島町全域
開 設 年 月 日	平成29年4月1日

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、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、通所型サービスA（以下、「通所サービス」といいます。）を提供することを目的とします。
-------	--

運 営 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連法令及びこの契約の定めに基づき、周防大島町や事関係する業者、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、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。
---------	---

5. 営業時間

営 業 日	水曜日および木曜日（12月29日から1月3日までを除く。） ※風水害、震災等非常災害などの状況により、休苑とさせていただくことがあります。
営業時間	10：00から14：00まで
サービス提供時間	10：00から14：00まで

6. 職員の体制〈主な職員の配置状況〉

	常 勤	非常勤	計	備 考
管 理 者		1 名	1 名	従事者・運転手兼務
従 事 者		4 名	4 名	管理者運転手兼務1名・運転手兼務1名
運 転 手		2 名	2 名	管理者従事者兼務1名・従事者兼務1名
事 務 員		1 名	1 名	身体拘束の適正化等責任者兼務

7. 設備の概要

定 員	15名
食堂及び機能訓練室の面積	45.50 m ²
送 迎 車	普通ワゴン自動車、軽乗用自動車

8. 提供するサービスの内容

ご利用者への具体的なサービスの提供内容、提供回数は、ケアプランに基づき、必要に応じて個別サービス計画に定められます。

送迎サービス	希望者や地理的条件等により送迎を必要とされるご利用者には、専用車により送迎を行います。	・普通ワゴン車、軽乗用車
--------	---	--------------

健康状態 の確認	問診により健康状態をお聞きしたり、血圧計・体温計などにより当日の健康状態をチェックします。	
運動機能や認知機能などの低下予防を中心とした介護予防活動	心身機能の低下がみられる方に、筋力やバランス等を改善する運動機能向上運動メニューや認知症予防プログラム、口腔ケアなどをおこないつつながら介護予防に向けた取り組みを実施します。	・やまぐち元気アップ体操 ・ゆる体操 ・脳トレ ・口腔ケア体操 等 ・ご家庭でも継続した取り組みができるよう支援します。
相談・助言	ご利用者およびそのご家族の日常生活に関するご相談を受け、助言をいたします。	・日常生活に関する訓練の相談、助言 ・各種在宅福祉サービスに関する相談、助言 ・その他必要な相談、助言

9. 利用料金

(1) 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担者割合証に応じた基本利用料の1割から3割の額です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

対象区分	基本利用料 (1月当たり)	利用者負担 (1割) (1月当たり)	利用者負担 (2割) (1月当たり)	利用者負担 (3割) (1月当たり)
事業対象者、要支援1,2	10,790円	1,079円	2,158円	3,237円

(2) その他の費用

食費（給食サービス代）	600円
入浴料	200円

(3) キャンセル料

ご利用者のご都合での通所サービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

・ご利用日の当日の午前9時までにご連絡をいただいた場合	無 料
・ご利用日の当日の午前9時までにご連絡がなかった場合	食 費 600円

(4) お支払い方法

- ・料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、当月の料金合計額の請求書に明細を付して、翌月20日までにご利用者に送付しますので、月末までにお支払いください。
- ・お支払方法は、口座自動振替、現金支払の2通りの中からご契約の際に選べます。

—お支払方法—

1) 口座自動振替

ご利用いただける金融機関：山口銀行、郵便局、山口県農業協同組合

2) 現金支払

10. 通所サービスのご利用方法

(1) 通所サービスのご利用開始

- ・本会職員がお伺いいたします。
- ・必要に応じて、通所サービスの個別サービス計画の作成と同時にご契約を結び、通所サービス提供を開始します。

(2) 通所サービスの終了

①ご利用者のご都合で通所サービスを終了する場合

- ・通所サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書等でお申し出ください。

②当事業所の都合で通所サービスを終了する場合

- ・人員不足等やむを得ない事情により、通所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ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

- ・以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に通所サービスを終了いたします。
 - ①ご利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ②ご利用者の要介護状態区分が自立又は要介護となった場合
(※この場合、ご利用者の状態により、他のサービスのご利用ができる場合があります。)
 - ③ご利用者がお亡くなりになった場合

④その他

・次の場合、ご利用者は文書で通知することによって即座に通所サービスを終了することができます。

- ①当事業所が正当な理由なく通所サービスを提供しない場合
- ②当事業所が守秘義務に反した場合
- ③ご利用者やご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

・次の場合、当事業所はご利用者に文書で通知することにより、即座に通所サービスを終了させていただく場合がございます。

- ①ご利用者が、通所サービス利用料の支払いを3ヶ月以上延滞し、料金をお支払いいただくよう催促したにもかかわらず、催促日から10日以内に支払われない場合
- ②ご利用者やご家族などが本会や当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの迷惑行為を行った場合

(3) 通所サービスご利用にあたっての留意事項

送迎時間の連絡	・ご利用者の希望に応じた場所までお伺いいたしますが、送迎車の通行できる範囲とさせていただきます。 ・送迎時間は、他のご利用者の状況に応じ、当事業所で決めさせていただきます、あらかじめご利用者にお伝えいたします。 ・送迎場所、時間等にご要望がありましたらご相談ください。
体調確認	・来苑後、健康チェックをおこないますが、ご利用当日、ご利用者あるいはご家族で体調等、お気づきがありましたら事前にお伝えください。
体調不良等によるサービスの中止・変更	・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、通所サービスの内容を変更または中止することがあります。 ・その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
設備、器具の利用	・施設、設備、敷地をその本来の用途に従ってご利用してください。
持参物	・必要以上の現金の持参はご遠慮ください。 ・高価な貴重品や食べ物等は持参しないでください。
その他	・当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動をおこなうことはできません。

(4) 通所サービス提供における当事業所の義務

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態から見て必要な場合には、ご利用者の主治医と看護職員と連携のうえ、ご利用者やご家族からご様子をお尋ねし、確認いたします。
- ③非常災害発生時には、ご利用者の安全を第一に確保し、ご家族等に状況を早急にご連絡いたします。
- ④ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者およびご家族のご請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
(コピー代等実費をいただくことがあります。)
- ⑤サービスを提供するにあたって知り得たご利用者およびご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。

(5) 職員の禁止行為

通所サービスの提供にあたって、次の行為はおこないません。

- ①ご利用者もしくはご家族等から金銭、預金通帳、証書、書類等の預かり
- ②ご利用者もしくはご家族等からの金銭または物品、飲食の授受
- ③ご利用者のご家族に対するサービスの提供
- ④身体拘束その他ご利用者の行動制限に関する行為
(ご利用者又は第三者の生命・身体を保護するために、緊急やむを得ない場合を除く。)
- ⑤ご利用者もしくはご家族に対しておこなう宗教活動、政治活動、営利活動およびその他迷惑行為

11. 緊急時の対応方法

通所サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、ご利用者の主治医への連絡をおこない、医師の指示に従います。また救急隊、緊急連絡先、地域包括支援センターまたは、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

利 用 者 の 主 治 医	氏 名	
	医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	

緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	続 柄	

12. 事故発生時の対応

- ・サービスの提供中に事故が発生した場合、ご利用者の生命及び身体の安全を最優先にし、ご利用者の安全確認後、速やかにご家族、居宅介護支援事業者及び市町等に連絡をおこなうとともに、必要な措置を講じます。
- ・賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかにおこないます。
- ・事故については、事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みをおこないます。

- ・本事業者は、次の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

保 険 名 介護保険・社会福祉事業者総合保険

補償の概要 社会福祉協議会がおこなう介護保険・社協業務が補償対象

13. 非常災害時の対応

- ・非常災害に備えるため、常に関係機関と連絡を密にし、消防計画を作成し、当該消防計画に基づく次の業務をおこないます。
 - ①通報、避難及び消火訓練
 - ②消防設備、施設などの点検及び整備
 - ③従業者の火気の使用または取り扱いに関する監督
 - ④その他防火管理上に必要な業務

14. 虐待の防止について

(1) 利用者の人権の擁護・身体拘束の適正化ならびに虐待の防止等のための措置

- ① 身体拘束の適正化ならびに虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ② 身体拘束の適正化ならびに虐待防止のための指針の整備。
- ③ 身体拘束の適正化ならびに虐待を防止するための職員に対する研修を定期的実施し、人権意識や知識の向上に努めます。
- ④ 上記①から③を適切に実施するための責任者の設置

身体拘束の適正化ならびに虐待防止に関する責任者

東和・橘地域福祉活動センター 福祉活動専門員 松岡徹郎

(2) その他

サービス提供中に、当事業所職員または養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを周防大島町に通報します。

15. サービス内容に関する苦情

(1) 苦情の受付及び介護予防サービスご利用等のご相談(お客様ご相談係)

通所サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払や手続きなど通所サービス利用に関するご相談、ご利用者の記録等の情報開示のご請求は次の窓口で受付いたします。

○お客様相談係(苦情受付窓口)

担当者：周防大島町社会福祉協議会 東和・橘地域福祉活動センター
福祉活動専門員 松岡徹郎

電話番号：77-0190 ・ FAX：77-2250

○受付時間 午前8時30分～午後5時15分まで
(土・日・祝日及び12/29～1/3を除く)

○苦情解決担当・責任者

社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会

事務局長 徳岡伸昭

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まい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。

ご利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」にご相談することもできます。

なお、第三者委員の名簿は事業所に掲示してあります。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

周防大島町役場 介護保険課 介護保険班	所在地 周防大島町大字土居 1325-1 日良居庁舎内 電話番号 73-5503 F A X 73-5006
山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係	所在地 〒753-8520 山口市朝田 1980-7 国保会館1階 電話番号 083-995-1010 F A X 083-934-3665

通所型サービスAの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいた重要事項の説明をおこないました。

事業者

<所在地> 大島郡周防大島町大字油良506
<名称> 社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会
介護予防デイ かんころ楽園 ㊟
<説明者> 所属 地域総合福祉課
管理者
氏名 藤田 君 恵 ㊟

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所型サービスAの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

ご利用者

<住所> 周防大島町大字

<氏名>

利用者の家族代表 又は 法定代理人

<住所>

<氏名>
