

横手市デイサービスセンターふるさと館 重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して、指定通所介護の事業（以下「事業」）又は、指定介護予防通所介護に相当する第1号通所事業（以下「第1号通所型サービス」）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、契約上注意していただきたいことを次のとおり説明します。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 相和会
事業者の所在地	秋田県横手市上境字大上境 158 番地 1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 萱森 眞雄
電話番号	0182-23-8355

2 ご利用施設

施設の名称	横手市デイサービスセンターふるさと館
介護保険指定番号	0570303917
施設の所在地	秋田県横手市上境字谷地中 141-1
管理者名	小西 紀充
電話番号	0182-36-2040
FAX番号	0182-36-2040

3 事業の目的と運営の方針

<事業の目的>

事業所は法の基本理念と関係法令及び通知に基づき、ご利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に事業、又は第1号通所型サービスを提供します。

<事業所の運営の方針>

運動や口腔機能向上、レクリエーション等多彩なプログラムをご用意し、ご利用者の心身の健康増進を図り、すこやかな日常生活の実現を支援できるようサービスを提供します。

4 事業所の概要

(1) 主な設備

設 備	備 考
食堂・ホール兼休憩室	1 室
機能訓練室	1 室
浴室	一般浴槽・特殊浴槽・中間浴槽
相談室	1 室
送迎車両	4 台

(2) 職員体制（主たる職員）

職 種	職員数	備 考（資格等）
管理者	1 名	介護支援専門員、社会福祉主事等
生活相談員	2 名以上	介護支援専門員、社会福祉主事等
介護職員	7 名以上	介護福祉士等
看護職員（併設事業所及び機能訓練指導員を兼務）	2 名以上	看護師または准看護師
機能訓練指導員	2 名以上	看護師または准看護師

(3) 職員の勤務体制

8：30から17：30

(4) 定員及び営業時間、サービスを提供する地域

定 員	1 日 25 名
営 業 日	月曜日から金曜日 ※ただし、1月1日、12月31日及び天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除く。
営 業 時 間	8：30～17：30
サービス提供時間	10：00～16：00
サービスを提供する区域	旧横手市、旧仙南村飯詰、旧仙南村金沢、 旧大雄村田根森地区

※上記地域以外の方でも利用をご希望の方はご相談ください。

5 サービス内容

介護度に応じた通所介護計画、又は通所型サービス計画を作成し、ご利用者及びご家族の承諾のもと計画に応じた介護サービスを提供します。

種類	内容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> * 食事の準備、介助を行います。当事業所では、委託調理業者が食事を提供します。 ※ 食事提供にかかる経費は別途お支払いいただきます。 ※ お弁当をご持参いただくことも可能ですが、あらかじめ事業所に申し出てください。
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> * ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> * ご利用者のご希望と体調に応じて入浴又は清拭を行います。入浴は一般浴槽、特殊浴槽、中間浴槽があります。 ※ 通所介護をご利用の方は別途加算料金が算定されます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> * 看護職員が血圧、その他健康状態の確認、健康に関する相談・助言を行います。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> * ご利用者及びご家族からのいかなるご相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
レクリエーション等	<ul style="list-style-type: none"> * レクリエーション、グループ活動、機能訓練、行事等ご利用者が生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送るために必要な支援及びサービスを提供します。
口腔機能向上プログラム	<ul style="list-style-type: none"> * いつまでもおいしく食事を摂り健康を維持につながるよう、看護職員等が食べる機能の向上、口腔ケアの指導・助言を行います。 ※ サービスを選択されたご利用者には別途、加算料金が算定されます。
運動機能向上プログラム	<ul style="list-style-type: none"> * 身体機能の維持・向上を図るため、筋力トレーニングマシン等によるプログラムを行います。 ※第1号通所型サービスをご利用の方のみ別途、加算料金を算定のうえサービスを選択いただけます。
生活機能向上グループ活動	<ul style="list-style-type: none"> * 生活機能の向上を目的として、共通の衣食住・通信の課題別（洗濯、調理、掃除、パソコン操作等）に6人以下のグループ活動を行います。 ※第1号通所型サービスをご利用の方のみ別途、加算料金を算定のうえサービスを選択いただけます。

※尚、口腔機能向上プログラム、運動機能向上プログラム、生活機能向上グループ活動の3つのサービスについては、その実施が無く、加算の生じない場合がございます。詳細につきましては、別紙料金表にて説明しております。

6 利用料金

- (1) 介護保険事業利用者については、介護保険法による介護報酬の告示上の額に従い当該区分に応じた利用金の1割をお支払下さい。

但し、平成27年8月1日からは、各保険者から送付される「負担割合証」に記載されている負担の割合を利用料金としてお支払頂くこととなります。

- (2) 第1号通所型サービスの利用者については、厚生労働大臣が定める基準の例より算定した費用の額の1割をお支払下さい。

但し、平成27年8月1日からは、各保険者から送付される「負担割合証」に記載されている負担の割合を利用料金としてお支払頂くこととなります。

- (3) 利用料金については「別紙 料金表」をご確認ください。

但し、通常の事業の実施地域を超えて送迎を行う場合は、別途交通費を徴収させていただきます。自動車を使用した場合の交通費は次の通りとなります。

- ①事業所から片道概ね10km未満 無料
- ②事業所から片道概ね10km以上 1kmにつき10円

- (4) サービスの中止及びキャンセル料について

①サービスの中止はご利用日の2日前までご連絡ください。

②急な体調不良や用事等でご利用日当日にサービスを中止する場合は、送迎の都合上8時30分までご連絡ください。

③ご利用日当日の午前8時30分までご連絡がなかった場合は、昼食のキャンセル料として600円をご負担いただく場合があります。

- (5) 利用料金の支払方法

毎月、16日頃までに前月分の請求をいたしますので、当該月の末日までにお支払いください。お支払確認後、領収書を発行いたします。

お支払方法は、口座自動振替、銀行振込（振込手数料は自己負担になります）、現金支払いの3通りの中からご契約の際に選べます。ご契約後、お支払方法の変更を希望する場合はご相談ください。

- ①口座自動引き落としの場合の指定金融機関及び引き落とし日

- ・北都銀行横手西支店 毎月25日（再振替なし）
- ・JA秋田ふるさと 毎月25日（再振替なし）
- ・ゆうちょ銀行 毎月20日（再振替 月末日）

- ②銀行振り込みの場合

北都銀行横手西支店 普通預金 6048098

横手市デイサービスセンターふるさと館 総括施設長 渡邊 浩二

- ③現金支払いの場合

末日まで当事業所窓口へお支払ください。

7 協力医療機関

事業所は、下記の医療機関の協力を得て、ご利用者の状態が急変した場合等は、速やかに対応をお願いするようにしています。

名 称	平鹿総合病院
所 在 地	秋田県横手市条里1丁目15-2
電話番号	0182-23-5301

8 緊急時の対応方法

ご利用者の容態の変化等があった場合は、主治医又は上記協力医療機関に連絡をする等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	
氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
続 柄	

9 非常災害の対策

災害時の対応	役割分担などを定めた避難訓練等を通じ、ご利用者、職員が災害時において迅速的確な対応を図ることとします。	
平常時の訓練等	各人の役割分担などを定め、年2回以上の避難訓練を、ご利用者の方の参加並びに消防署等の協力を得て実施します。	
防災設備	室内消火栓	防火扉・シャッター
	自動火災報知器	非常通報装置
	誘導灯	漏電火災報知器
	ガス漏れ報知器	
	カーテン、ブラインド等防火性のあるものを使用しております。	
防災計画等	消防署への届出済 防災管理者届出済	

10 苦情申し立て

当施設苦情受付窓口	苦情受付担当者 管理者 小西 紀充 苦情解決責任者 総括施設長 渡邊 浩二 電話 0182-36-2040
法人苦情受付窓口	総括苦情解決責任者 社会福祉法人相和会 理事長 萱森真雄 所在地 横手市上境字館133-5 電話 0182-36-1211
第三者委員	小田嶋 栄子 電話 0182-33-8075

第三者委員	松井 敏子 電話 0182-36-1862
第三者委員	高階 昇二郎 電話 0182-53-5041
横手市高齢ふれあい課	所在地 横手市中央町8番2号 電話 0182-35-2134
国民健康保険団体連合会	所在地 秋田市旭栄町1-5 電話 018-883-1550
秋田県運営適正化委員会	所在地 秋田市旭北栄町1-5 電話 018-864-2726

1.1 当施設では第三者評価は実施していません。

1.2 個人情報の保護

施設は、ご利用者の個人情報保護及び安全管理を保つため、個人情報の利用目的を明示するとともに、適正に情報の管理をいたします。

1.3 身体拘束の禁止

施設で定める、「身体拘束等の適正化のための指針」に則り、ご利用者又は他のご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、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。なお、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、ご利用者やご家族等に、その理由、内容、時間、期限等について説明し文書による確認を得ることを前提とします。その他詳細につきましては、当該指針の閲覧が可能です。

1.4 当施設ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具等の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は他のご利用者の迷惑になる場合はご遠慮願います。
迷惑行為等	サービス従事者又は他の利用者に対しハラスメントや騒音等、他のご利用者の迷惑になる場合はご遠慮願います。又むやみに併設事業所に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	原則ご本人、又はご家族
現金等の管理	原則ご本人、又はご家族
宗教・政治活動	施設内での宗教及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。

1.5 サービス終了の手続き等

(1) ご利用者の都合でサービスを中止される場合

中止を希望する日の30日以上前までお申し出ください。

(2) 自動終了

以下の場合、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。

- ・ご利用者が介護保険施設等へ入所した場合
- ・要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ・ご利用がお亡くなりになった場合、若しくは被保険者資格を喪失した場合

(3) その他

- ① 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反する場合、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は、ご利用者は文書で解約を通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。
- ② 以下の場合は、契約を解除させていただく場合があります。
 - ・サービスの利用料金及びその他支払うべき必要を3ヵ月以上滞納した場合
 - ・ご利用者が入院もしくは病気等により、3ヵ月以上にわたってサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合
 - ・ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
 - ・ご利用者又はご家族などが、当事業所の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合
 - ・ご利用者の行動が、他のご利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがありかつ、その行動を通常の介護方法では防止することができない場合
 - ・故意に法令違反、その他の重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合
- ③ 介護サービスの提供に関する記録書類を整備し、5年間保存します。

1.6 法人の定款に定める事業

種 別	名 称
養護老人ホーム	養護老人ホーム映月荘
特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム ビハーラ横手 特別養護老人ホーム ビハーラ赤坂 横手市特別養護老人ホーム 鶴寿苑
短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	ショートステイ ビハーラ横手 横手市特別養護老人ホーム鶴寿苑 老人短期入所施設
特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	ケアハウス ビハーラ横手
訪問介護・第1号訪問介護	ヘルパーステーション ビハーラ横手
居宅介護支援 介護予防居宅介護支援	相和会 かいご相談センター
小規模多機能型居宅介護	ビハーラ横手小規模多機能型居宅介護事業所ぬくもり
認知症対応型共同生活介護	ビハーラ横手 グループホーム ぬくもり
通所介護・第1号通所介護	横手市デイサービスセンター ふるさと館 横手市特別養護老人ホーム鶴寿苑老人デイサービスセンター ビハーラ横手 介護予防デイサービスセンターかがやき 悠林の丘
認知症対応型通所介護	木立の舎
保育所	相愛保育園 和光保育園

以上、横手市デイサービスセンターふるさと館におけるサービスの提供開始に際し、ご利用者
に対し契約書及び本書面に基づき重要事項を交付し説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 秋田県横手市上境字谷地中141-1

名称 横手市デイサービスセンターふるさと館

説明者 職名 _____

氏名 _____ 印

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同意し受領しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所 _____

(代理人)

氏名 _____ 印

ご利用者との続柄 _____