

指定通所介護事業

指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業（介護予防通所介護相当）利用

重 要 事 項 説 明 書

あなたに対する指定通所介護事業、指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業（介護予防通所介護相当）利用サービス提供開始にあたり、指定通所事業運営規定第13号に基づいて当時業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1、事業者

| | | | |
|------------|-------------------------|-----|--------------|
| 事業者の名称・代表名 | 社会福祉法人聖母の騎士会 理事長 富永 ミツ子 | | |
| 法人所在地 | 佐賀県佐賀市大和町大字久池井1521-2 | | |
| 法人種別・電話番号 | 社会福祉法人 | Tel | 0952-62-8325 |

2、ご利用施設

| | | | | |
|------------|----------------------|--------------|-----|--------------|
| 施設の名称・施設長名 | デイサービス オリーブの苑 馬込 節子 | | | |
| 施設の所在地 | 佐賀県佐賀市大和町大字久池井1521-5 | | | |
| 電話番号・FAX番号 | Tel | 0952-62-8125 | FAX | 0952-62-8126 |

3、ご利用施設で併せて実施する事業

| 事業の種類 | | 佐賀県知事の事業者指定 | | |
|-------|---------|-------------|------------|------|
| | | 指 定 年 月 日 | 指 定 番 号 | 利用定員 |
| 施設 | 有料老人ホーム | 平成24年10月1日 | | 18人 |
| 居宅 | 通所介護事業 | 平成24年10月1日 | 4170102216 | 23人 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

4、事業の目的及び運営方針

- 1、要介護状態等となった場合において、その利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- 2、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます
- 3、事業を運営するに当たって、地域との結び付きを重視し、市町村等保険者、居宅サービス事業者その他の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。

5、施設の概要

(1) 敷地・建物（有料老人ホーム）

| | | |
|-----|------|------------------------|
| 敷 | 地 | 1169.43 m ² |
| 建 物 | 構 造 | 鉄骨造 二階建（耐火構造） |
| | 延べ面積 | 1057.45 m ² |
| | 利用定員 | 18名 |

(2) 主な設備（デイサービス）

| 設備の種類 | 数 | 面 積 | 1人当たりの面積 |
|----------------|---|----------------------|-------------------------------|
| 食堂兼 機能回復訓練室 | 1 | 96.73m ² | 合計1人当たり 4.2 m ² |
| 静養室 | 1 | 12.60 m ² | |
| 台所 | 1 | 12.22 m ² | |
| 浴室（一般、特別） | 1 | 31.03m ² | |
| 便所 | 1 | 19.32 m ² | |
| 相談室 | 1 | 9.00 m ² | |

6、職員体制

| 職員の職種 | 員数 | 区 分 | | | | 常勤換算 後の人員 | 事業者の 指定基準 | 保有資格者 |
|---------|----|-----|----|-----|----|--------------|--------------|-------|
| | | 常 勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | |
| 管理者 | 1 | | 1 | | | | 1 | 有 |
| 生活相談員 | 3 | 1 | 2 | | | | 1 | 有 |
| 介護職員 | 5 | 2 | 2 | 1 | | | 1 | 有 |
| 看護職員 | 3 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 有 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | | | | 1 | |
| 事務員 | | | | | | | | |
| 栄養士・調理員 | | | | | | | | (特養) |
| | | | | | | | | |

7、職員の勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 | |
|---------|----------------------------------|------|
| 施設長 | 正規の勤務時間帯 8時30分～17時30分まで | 週休2日 |
| 生活相談員 | 早出：7：45～16：45 日勤：8：30～17：30 | 週休2日 |
| 介護職員 | 遅出：9：30～18：30 (夜勤)：16：45～9：45 | |
| 看護職員 | ※夜勤は有料老人ホームの勤務時間帯 | |
| 機能訓練指導員 | 看護職員兼務 (勤務割表による) 午前又は午後 2時間 | 週休2日 |
| 事務員 | 8：30～17：30 | 週休2日 |
| 栄養士・調理員 | 特別養護老人ホームの勤務時間帯とする | 週休2日 |

8、営業日及び営業時間・利用の申込窓口

| | |
|--------|--|
| 営業日 | 月～土（状況により1月1日および2日は休業の場合あり。） |
| 営業時間 | 午前8時30分～午後5時30分（利用者の所要時間7時間以上8時間未満で対応します。） サービス提供時間：午前9時30分～午後4時45分 |
| 利用申込窓口 | デイサービス オリーブの苑（TEL）0952-62-8125 利用申込窓口担当 生活相談員又はケアマネージャー |

9、事業の実施地域

| | |
|---------|----------------|
| 事業の実施地域 | 佐賀市（主に大和町地区周辺） |
|---------|----------------|

10、施設サービスの概要

（1）介護保険給付サービス

| 種類 | 内容 |
|------|--|
| 排泄 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、1日3回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。 ・介助は基本的に同姓の職員が行います。 |
| 入浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・入浴前に入浴が可能かどうか健康チェックを必ず行います。 ・介助は介護職員が行います。 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員（看護師、兼務）により、利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ・当施設の保有するリハビリ器具を使用します。 |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。ただし、食費は給付対象外です。全額自己負担です （食事時間） 昼食 12時00分～13時00分 |

1 1、利用料

(1) 法定給付

| 区 分 | 利 用 料 |
|--------------------------|--|
| <p>法定代理受領の場合 事業者</p> | <p>介護報酬の告示上の額と同額です。</p> <p>《 要介護：1・2・3・4・5 》</p> <p>一、所要時間7時間以上8時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護1（6,580円） ・要介護2（7,770円） ・要介護3（9,000円） ・要介護4（1,023円） ・要介護5（1,148円） <p>二、入浴介助加算（Ⅰ） 400円</p> <p>三、サービス提供体制加算（Ⅲ） 60円 （通所介護事業の介護職員の総数のうち勤続7年以上が30%以上）</p> <p>四、介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の9.0%</p> <p>五、送迎減算（片道）470円減算</p> <p>六、同一建物減算 940円減算</p> <p>七、科学的介護推進体制加算 400円</p> <p>〈介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証による自己負担割合額・日額分〉</p> <p>《 要支援：1・2 》</p> <p>一、所要時間7時間以上8時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要支援1（17,980円） 月4回まで1回4,360円 ・要支援2（36,210円） 月8回まで1回4,470円 <p>二、サービス提供体制加算（Ⅲ） （通所介護事業の介護職員の総数のうち勤続7年以上が30%以上）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要支援1（240円） ・要支援2（480円） <p>三、同一建物減算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要支援1（3,760円） 月4回まで940円 ・要支援2（7,520円） 月8回まで940円 <p>四、介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の9.0%</p> <p>五、科学的介護推進体制加算 400円</p> <p>〈介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証による自己負担割合額・月額分〉</p> <p>《指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業 （介護予防通所介護相当）》</p> <p>現行の介護予防通所介護（相当サービス）の報酬に準じた金額</p> |

| | |
|-------------|----------------------------------|
| 法定代理受領でない場合 | 介護報酬の告示上の額 (通所介護サービス費の基準額に同じ) |
|-------------|----------------------------------|

(2) 法定外給付

| 区 分 | 利 用 料 |
|------------------------|--------------------------------------|
| 日常生活用品の購入代行サービス | ・日常生活用品の購入依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費 |
| 食材の提供 | ・ 550円(昼食代) |
| 教養娯楽施設の利用料及びレクリエーション行事 | ・施設利用料及び材料費等、諸経費の実費相当額をお載きする場合があります。 |

(3) 利用者の選定により提供するもの

| 区 分 | 利 用 料 |
|----------------------------|---|
| 特 別 な 食 事 | 要した費用の実費 |
| 日常生活に要する費用でご本人に、ご負担いただく利用料 | ・レクリエーション費用 ・クラブ活動費 実費相当額をお載きする場合があります。 |

12、キャンセル料

サービスを利用されている方で当日の利用をキャンセルされる場合は、午前8時30分までに当事務所へキャンセルのご連絡をしてください。
ご連絡がない場合は、キャンセル代として250円をお載きします。

13、苦情等申立先

| | |
|--------------------------|--|
| 当施設ご利用相談室 | ・窓口担当者 オリーブの苑(鳥谷 直子) ご利用時間 8:30~17:30 ご利用方法 電話又は面接(Tel 0952-62-8125) |
| 佐賀県国民健康保険団体 連合会 介護保険課 | ・住所 佐賀市呉服元町7番28号 ・Tel0952-26-1477 ・Fax0952-26-6123 |
| 佐賀中部広域連合 給付課 指導係 | ・住所 佐賀市白山2丁目1番12号(佐賀商工ビル5階) ・Tel0952-40-1131 ・Fax0952-40-1165 |

14、虐待防止

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待防止に関する責任者を選定しています。

| |
|-------------|
| 虐待防止に関する責任者 |
|-------------|

| |
|-----------|
| 管理者 鳥谷 直子 |
|-----------|

- ・成年後見制度の利用を支援します。
- ・苦情解決体制を整備しています。
- ・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ています。
- ・当事業所従業者または居宅サービス事業者または養護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合には、速やかにこれを市町村に通報します。

15、その他の運営に関する事項

| | |
|----------------------|--|
| 身体拘束等適正化についての取組み | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。 ・身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。 |
| 感染症の予防及びまん延の防止のための措置 | <p>感染症の発生及びまん延等の防止に関する取り組みの徹底を図る観点から、委員会の開催、指針整備、研修の実施、シミュレーション訓練の実施等取り組みます。</p> |
| 業務継続計画（BCP）の策定等 | <ul style="list-style-type: none"> ・感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施するための業務継続計画を策定します。 ・従業員に対し、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計画的に実施します。 ・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。 |

16、協力医療機関

| | |
|-------------|----------------------------------|
| 医療機関の名称・院長名 | ・ぶどうの木クリニック ・ ^{そご} 崔 承彦 |
| 所在地・電話番号 | ・佐賀市水ヶ江1丁目2-21・0952-20-0899 |
| 診療科目 ・入院設備 | ・内科 |
| 救急指定の有無 | ・無 |

| | |
|-------|---------------------------|
| 契約の概要 | ・利用者に病状の急変があった場合、診療を依頼する。 |
|-------|---------------------------|

17、協力歯科医療機関

| | |
|------------|----------------------------------|
| 歯科医療機関・院長名 | ・古宇田歯科医院 院長 古宇田 れい子 |
| 所在地・電話番号 | ・佐賀市高木瀬長瀬920-3 ・Tel 0952-30-8011 |

18、非常災害時の対策

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|---------|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 地域の施設との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぐ。 また、施設と消防署とは非常通報装置により非常連絡が行える体制を整えている | | | |
| 平常時の避難訓練及び防災設備 | 別途定める当施設の消防計画にのっとり年6回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。 | | | |
| *カーテン・布団等は、防煙性能のあるものを使用しております。 | 防火扉 | 無 | スプリンクラー | 有 |
| | 非常階段 | 有 | 屋内消火栓 | 有 |
| | 自動火災探知機 | 有 | 非常通報装置 | 有 |
| | 誘導等 | 有 | 漏電火災報知機 | 有 |
| | ガス漏れ報知機 | 有 | 非常用電源 | 有 |
| 消防計画等 | 消防署への届け出日 平成 31 年 4 月 1 日 防火管理者 氏名 鳥谷 直子 職名 課長 | | | |

19、当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|-----------------|--|
| 常勤医師以外の医療機関への受診 | 常勤医師以外の医療機関を主治医としている利用者については、受診等必要により予約の上対応します。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、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あります。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙は、決められた場所以外ではお断わりします。飲酒はできません。 |

| | |
|---------------------------------------|--|
| 迷惑行為等 | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| 所持品の管理 | 入園時は、所持品の届けをお願いし、本人又は職員が管理します。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の利用者に対する宗教及び政治活動はご遠慮ください。 |
| 利用者や利用者の家族等が、事業所の職員に右の行為を行うことを禁止致します。 | <ul style="list-style-type: none"> ・暴力、暴言、嫌がらせ、誹謗中傷、執拗なクレームなどの迷惑行為（言葉や態度によって人の尊厳や人格を傷つけたり、貶めたりする行為なども含む） ・セクシャルハラスメント（性的に不快に感じる行為） ・サービス利用中に職員の写真や動画作衛、録音などを無断ですること、また、それらのSNS等に掲載すること。 |

19、第三者による評価の実施状況

| | | | |
|---------------|------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1、あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1.あり 2.なし |
| | ②、なし | | |

契約に際し、以上の契約内容、重要事項説明書の内容を当事業所職員（ ）が説明しました。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者 住所 佐賀県佐賀市大和町大字久池井1521-2

事業者名 社会福祉法人 聖母の騎士会

代表者名 理事長 富永 ミツ子 印

私は、契約書及びデイサービス オリーブの苑についての重要事項の説明を受け、同意し、了承しましたので契約いたします。

契約者（利用者） 住所.....

氏名..... 印

代筆者 氏名..... 印

続柄（利用者との関係）.....

（理由）.....

家族又は 住所.....
身元引受人

氏名..... 印

続柄（利用者との関係）.....