

介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業） 重要事項説明書

あなたに対する介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）の提供開始にあたり、指定通所事業運営規程第13条に基づいて当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 御利用施設

施設の名称	シオンの園デイサービス水ヶ江
施設の所在地	佐賀県佐賀市水ヶ江4丁目2番21号
管理者名	吉川 宜孝
電話番号	0952-41-5101
FAX番号	0952-41-5106

2. 事業の目的及び運営方針

介護予防通所介護相当サービス

- 要支援状態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支援世話及び筋力向上トレーニングや転倒予防の為の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。
- 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。
- 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、地域包括支援センター、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。

3. 施設の概要

（1）敷地・建物

敷地	544.45m ²
建物	構造 木造2階建
	延べ床面積 112m ²
	利用定員 18名

（2）主な設備

設備の種類	数	面積	1人当たりの面積
食事室・リビング	1 箇所		
機能訓練室	1 箇所	91.5m ²	
静養室	1 室	計	
デイルーム	1 箇所	56.6m ²	

浴室	2 室	14.6 m ²	
トイレ	2 箇所		

4. 職員体制

職員の職種	員数	区分				保有資格者	
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1				
生活相談員	3		3				
介護職員	6	1	2	2	1		
看護職員	2			1	1		
機能訓練員	2			1	1		

5. 職員の勤務体制

職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 8時30分～17時30分まで 常勤で兼務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯 8時30分～17時30分まで 常勤で勤務	4週8休
介護職員	正規の勤務時間帯 8時30分～17時30分まで	4週8休
看護職員	正規の勤務時間帯 8時30分～17時30分まで	4週8休
機能訓練員	正規の勤務時間帯 8時30分～17時30分まで 月曜日から土曜日まで配置することとし、配置のない日は算定を行わない。	4週8休

6. 営業日及び営業時間・利用の申込窓口

営業日 提供時間	通常 毎週月曜日から土曜日まで 午前9時30分～午後4時45分
利用申込窓口	当施設通所介護事業所 利用申込窓口担当 デイサービス水ヶ江 管理者 吉川 宜孝 デイサービス水ヶ江 相談員 石黒 律子 電話番号 0952-41-5101

7. 事業の実施区域

事業の実施区域	佐賀市
---------	-----

8. 施設のサービスの概要

(1) 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、ご利用者の排尿パターンに合わせ随時交換を行います。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> 入浴前に入浴が可能かどうか健康診断を必ず行います。 利用者の心身の状況に応じて洗身、洗髪等、入浴行為の援助を行います。
個別機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 看護師及び機能訓練指導員等により、個々の心身等の状況に適切に対応するため、個別の計画を作成して日常生活に必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を行います。
口腔機能向上	<ul style="list-style-type: none"> 口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ご利用時に必ず健康チェック（血圧、脈、体温）を行います。 緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 <p>協力医療機関 鶴田内科 診療科目 内科</p>
相談及び援助	<p>当施設は、利用者及びご家族からのいかなる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。</p> <p>相談窓口担当 デイサービス水ヶ江 管理者 吉川 宜孝 デイサービス水ヶ江 相談員 石黒 律子</p>
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> シナプソロジーを行う事で脳を活性化させ認知機能の低下予防を図ります。 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 主な娯楽活動 <ul style="list-style-type: none"> クラブ活動 趣味活動 料理会 ティータイム 毎日 15:00 時～ <p>クラブ活動によっては活動費用を本人に負担していただく場合があります。</p> 主なレクリエーション <ul style="list-style-type: none"> 年間施設行事計画に沿って実施します。 誕生会・季節行事・運動会・日帰りドライブ <p>レクリエーションによってはレクリエーション経費を本人に負担していただく場合があります。</p> 行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の状況によっては代行いたします。
送迎	<ul style="list-style-type: none"> 希望により施設の車両にて、自宅まで送迎いたします。

(2) 保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
理・美容	<ul style="list-style-type: none"> 理・美容室の出張による理・美容サービスを利用することができます。
レクリエーション行事	<ul style="list-style-type: none"> 行事計画に沿ってレクリエーションを実施します。
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食事を提供します。 (食事時間) 昼食 12:00~13:00

9. 利用料

(1) 法定給付

(介護予防通所介護相当サービス)

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 介護予防通所介護相当サービス費の1割または2割 (介護保険負担割合証に記された額) ※別紙記載
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (介護予防通所介護相当サービス費の基準額に同じ) ※別紙記載

(2) 法定外給付

区 分	利 用 料
理・美容サービス	理・美容師出張扱いで実費
外部施設の利用及び レクリエーション行事	<ul style="list-style-type: none"> 外部施設利用料及び材料費等の諸経費の実費をいただくことがあります。

10. キャンセル料

利用をキャンセルされる場合は、利用日前日の営業時間終了までに当事業所へキャンセルの連絡をしてください。 ※月曜日のキャンセルについては前週土曜日、営業時間終了までにお願いします。 ※利用当日キャンセルについては昼食料金をいただきます。※料金表記載

11. 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	<p>窓口担当者 デイサービス水ヶ江 管理者 吉川 宜孝 水ヶ江サポートセンター 次長 溝上 剛</p> <p>ご利用時間 毎日 8:30~17:30</p> <p>ご利用方法 電話 0952-41-5101 面接 相談室</p> <p>苦情箱 施設内に設置</p>
-----------	---

外部相談窓口	佐賀県国民健康保険連合会 介護保険課 佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館 電話 0952-26-1477 受付時間 8:30 ~ 17:15
	佐賀中部広域連合 給付課 佐賀市白山二丁目1番12号 佐賀商工ビル 5階 電話 0952-40-1131 受付時間 8:30 ~ 17:15
	佐賀県福祉サービス運営適正化委員会（佐賀県社会福祉協議会内） 佐賀市天神1丁目4番15号 電話 0952-23-2151 受付時間 8:30 ~ 17:15

12. 協力医療機関

医療機関の名称	鶴田内科
院長名	鶴田満浩
所在地	佐賀県佐賀市日の出町1丁目14-13
電話番号	0952-31-3868
診療科目	内科
入院設備	有
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

13. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	栗林歯科医院
院長名	栗林恵一
所在地	佐賀県佐賀市緑小路1-3
電話番号	0952-23-8940

14. 虐待防止

事業者は、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 吉川 宜孝
・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（現に養護している家族・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. 非常災害時の対策

非常時の対応 近隣との協力関係	別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。 地域の消防団との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぐ。
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2回、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。 スプリンクラー 有り 屋外消火栓 有り 自動火災探知機 有り 非常通報装置 有り 誘導灯 2個所 非常用電源 無し ガス漏れ報知器 有り 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。
消防計画等	消防計画作成日 2020（令和2）年 4月 1日 防火責任者 氏名 吉川 宜孝 職名 デイサービス水ヶ江管理者

16. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

協力医療機関以外の 医療機関への受診	利用者の主治医を事前にお知らせ下さい。必要がある場合には、敏速に連絡し指示を受け、あるいは受診の援助をいたします。
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。
所持品の管理	衣類等利用者あるいはご家族の申出により、お預かりすることができます。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

通所介護計画作成における個人情報の提示同意書

私及びその家族の個人情報について、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の介護予防サービス計画又は介護予防マネジメントに基づき、居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提示は、必要最小限に留め、情報開示の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 情報提示の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他の利用者や家族に関する情報
- ・ 認定調査票（調査項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他の情報

肖像権について

当施設のホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌等において、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用に関しましては次の内容に当てはまるところに○をご記入ください。

- | | | |
|---|--------|------------------------------------|
| ① | 提示物 | (使用可 <input type="radio"/> 使用不可) |
| ② | ホームページ | (使用可 <input type="radio"/> 使用不可) |
| ③ | 広報誌 | (使用可 <input type="radio"/> 使用不可) |
| ④ | パンフレット | (使用可 <input type="radio"/> 使用不可) |
| ⑤ | 社内研修 | (使用可 <input type="radio"/> 使用不可) |
| ⑥ | 社外研修 | (使用可 <input type="radio"/> 使用不可) |

介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項及び個人情報の提示同意について説明を行いました。

説明者 吉川 宜孝 (職名) 管理者

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の提示について説明を受け、介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）の提供開始、個人情報の提示に同意しました。

年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

利用者の代筆者

氏 名 _____

続 柄 ()

利用者の家族

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 ()

利用者の家族の代筆者

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 ()

別紙

デイサービス 利用料金表

1. 介護予防通所介護相当サービス（要支援1～2の方）

○**ご利用料金** (サービス提供時間： 9：30～16：45)

要支援度	基本料金	自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）	備 考
要支援1	17,980円（月額）	1,798円	3,596円	5,394円	月5回以上利用
	4,360円（1回）	436円	872円	1,308円	月1～4回利用
要支援2	36,210円（月額）	3,621円	7,242円	10,863円	月9回以上利用
	4,470円（1回）	447円	894円	1,341円	月1～8回利用

（※送迎料金、入浴料金は基本料金に含まれております。）

○**加算料金**

加算内容	基本料金	自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）	備 考
口腔機能向上加算Ⅰ	1,500円	150円	300円	450円	1ヶ月につき
サービス提供体制加算Ⅰ 1 要支援1	880円	88円	176円	264円	1ヶ月につき
サービス提供体制加算Ⅰ 2 要支援2	1760円	176円	352円	528円	1ヶ月につき
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円	1カ月につき
送迎減算	-470円	-47円	-94円	-141円	片道につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護サービス費と加算料金に9.2%乗じた額				

*各種加算については介護予防計画に基づき実施した場合に算定されます。

2. 食費 一食あたり 600円（変更はございません）