

デイサービスセンター **彩音**

**通所介護重要事項説明書**

**1. 事業者**

事業者名	合同会社エイジングエスコート		
代表社員	松尾 郁弥		
本部所在地	長崎県諫早市原口町 667 番地 7		
電話番号	0957-35-5588	FAX 番号	0957-35-5577

**2. 事業所の概要**

事業所名	デイサービスセンター彩音		
事業所所在地	長崎県諫早市原口町 667 番地 7		
管理者	葛島 章仁		
指定事業所番号	4270402177	開設年月	平成 21 年 11 月 1 日
電話番号	0957-35-5588	FAX 番号	0957-35-5577
サービスを提供する地域	諫早市( 飯盛町、小長井町、高来町、森山町を除く)		
定員数	25 名		

※ 上記以外の地域の方でも、ご希望の方はご相談下さい。

**3. 事業の目的および運営の方針**

(目的) デイサービスセンター彩音が行う指定通所介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業員が、要介護状態(要介護 1～要介護 5)にある高齢者に対し、適正な指定通所介護事業を提供することを目的とする。

(運営の方針)

1. 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めるものとする。
2. 事業所の従業員は、利用者が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立感の解消及び心身の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るものとする。
3. 事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村・他の居宅サービス事業者・その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの連携に努めるものとする。
4. 提供するサービスの質の一層の向上を図るため、通所介護従業員の仕事に関する知識・技術の習得および資質の向上のため職員研修制度を設けます。

#### 4. 職員体制

職種	職務内容	常勤	非常勤
管理者	運営目的、及び方針を達成するため、従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに必要な指揮命令を行うものとする	1名	
生活相談員	利用申込に関わる調整、通所介護計画の作成等を行う	1名以上	
看護師	看護師、准看護師の資格を有するものとし、当該通所介護の提供に当たる	1名以上	
介護員	当該通所介護の提供に当たる	3名以上	
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練を行う	1名	
調理員	当該通所介護の食事を提供するもの		2名

#### 5. 営業時間

営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時15分～午後5時00分
営業日	月曜日から土曜日とする 12月31日～1月3日は休業とする

#### 6. サービスの内容

介護支援専門員が作成した『居宅サービス計画』に基づいて行われるサービスに加え、次に掲げるサービスのうち必要と認められるものを、利用者の希望にそって行います。

##### ●日課活動 ①機能訓練

(個別)

エルゴ、チェストプレス、プーリー 等

(アソビリテーション)

筋力アップトレーニング(重錘バンド使用)、タオルハンマー投げ、風船バレー、サッカーゲーム

※ 体力測定を行い、身体機能の維持に努めます。

##### ②趣味活動 (常時)

- ・手芸〔裁縫・パッチワーク・編物〕
- ・絵画〔絵葉書・ちぎり絵・切り絵・折り紙〕
- ・カラオケ

##### ③レクレーション

##### ④年間行事

- ・新年会・節分豆まき ・雛祭り ・花見
- ・夏祭り ・健康教室 ・紅葉見物 ・文化祭出品
- ・クリスマス PARTY ・忘年会 ・温泉ツアー
- ・買い物ツアー ・体力測定

等

##### ●相談

##### ①介護に関する相談

##### ②介護方法・介護技術に関する相談

##### ③福祉機器・住宅環境設備に関する相談

##### ④その他住宅生活全般にわたる相談

## 7. 料金

指定通所介護を提供した場合の利用料の額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、負担割合証の額とします。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービスのご利用については、全額自己負担となります。

- (1) 介護保険給付対象分   ・利用料については契約書別紙に定めた通りです。
- (2) 全額自己負担分       ・食事の提供に要する費用(昼食・おやつ代・夕食)  
                              ・趣味活動による材料費
- (3) その他の費用         ・上記の他、オムツ代、行事等にかかわる費用は自己負担となります。

## 8. サービスに関する相談・苦情

- 1 苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

自ら提供した指定通所介護に係る利用者及び家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情相談窓口を設置し、苦情を受け付けた場合には、所定用紙に内容等記録します。

( 窓口 )   長崎県諫早市原口町 667 番地 7

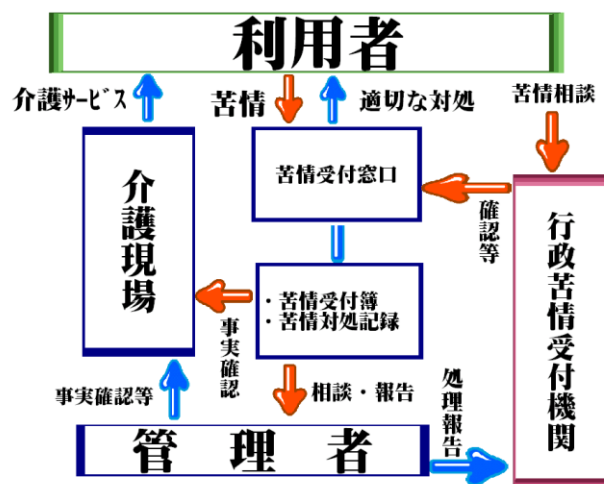
          デイサービスセンター 彩音

          電話                   0957-35-5588

          FAX                   0957-35-5577

          担当者               管理者 葛島 章仁

- 2 窓口担当者で解決が困難な場合は、処理を保留し、管理者及び苦情・相談の対象となっている部署の責任者と協議をして解決します。
- 3 提供した指定通所介護に関し、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問、照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村からの指導、助言を受けた場合は当該指導または助言に従って必要な改善を行い、市町村から求めがあった場合は改善内容を報告します。
- 4 本事業者で解決できない苦情は、諫早市高齢介護課 (0957-22-1500)、長崎県社会福祉協議会 (長崎市茂里町 3-24、TEL095-842-6410) に設置された「運営適正化委員会」に申し立てる事が出来ます。なお、介護保険事業に関する苦情は「県国民健康保険団体連合会」(長崎市今博多町 8 番地国保会館 TEL095-826-7293) で受け付けます。



## 9. サービス利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	○	
従事職員への研修	○	年数回内部研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	○	
その他	○	問題ケースカンファレンス等

## 10. サービス利用にあたっての留意事項

- ・送迎時間の連絡 毎月、利用予定票の配布に合わせて、連絡いたします。
- ・体調確認 起床後出発までの間に各家庭で確認してください。
- ・体調不良等によるサービスの中止・変更  
送迎時または、センター到着後のバイタルチェック等でお客様の体調不良が確認された時はサービスを中止または変更することがあります。
- ・時間変更 利用日当日の天候の異変等で予定時間を繰り上げて帰宅していただくことがあります。
- ・設備・器具の利用 お客様が浴室等を使用する時は、通所介護従業者の立合いのもとで行うものとします。

## 11. 非常災害対策

### (1) 防災災害の対応

事業実施中に火災や自然災害等の災害が発生した場合は、直ちに事業を中止し、お客様の避難誘導等の安全防護対策を講じます。また、お客様の送迎中に生じた事故等の場合は、運転者、通所介護従業者が、お客様の身体の安全を確保するとともに、当センターの安全管理者の指示により更に、必要な措置が講ぜられます。

### (2) 防災設備

誘導灯、消火器等

### (3) 防災訓練

消防法の規程に基づく避難訓練及び消火訓練(年1回)

自然災害時における避難訓練(年1回)

12. 秘密の保持

従業者は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。また、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨の徹底を図ります。

サービス担当者会議等において利用者及び家族の情報を用いる場合がありますので、あらかじめ文書により同意を頂きます。なお、個人情報の範囲については、介護サービスの円滑な提供に必要な最小限度のものとしします。

同意がない場合、サービスの調整ができず円滑なサービス提供ができない等の不都合が起こる場合があることをご了承下さい。

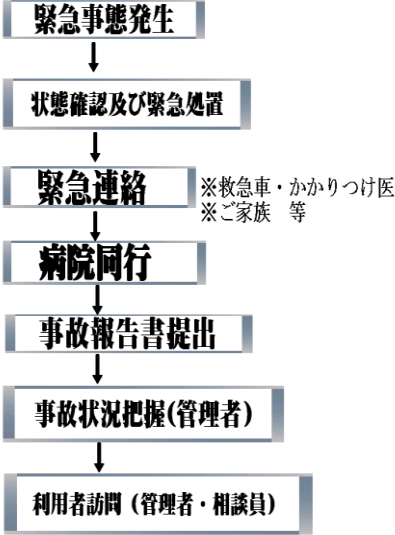
13 記録の保管

サービス提供の記録について 2 年間保管しておりますので、記録の閲覧及び、実費を支払っての写しの交付は、本人及び家族に限り可能です。それ以前の記録についても保管している場合がありますので、ご相談下さい。

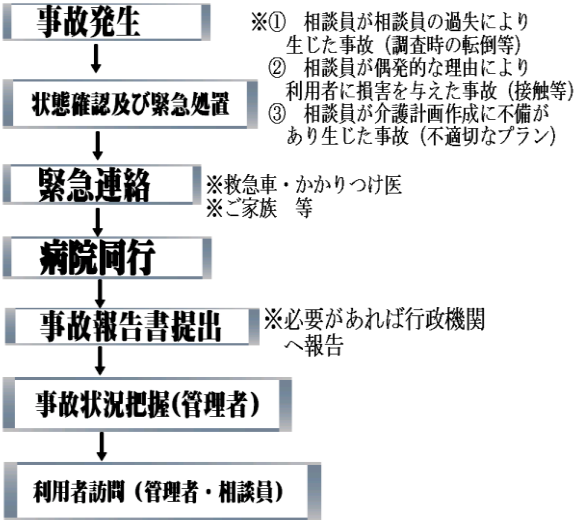
14. 緊急時および事故発生時の対応

サービス提供時、体調悪化などの緊急時および事故発生時は下記のとおり対応を致します。

《 緊急時手順 》



《 事故発生時手順 》



記録した報告書は収集し保管し、介護事故再発防止の為の職員への指導や原因の究明、施設内の管理システムの見直し、改善策を検討します。

緊急時および事故発生時、従業者が迅速に対応できるよう、以下に記入をお願いします。

主治医

病院名または、診療所名	
主治医氏名	
連絡先	

ご家族

氏名	
連絡先	
氏名	
連絡先	

事故発生時の損害賠償については次項に記載する通りです。

## 15. 損害賠償

当事業所の責めに帰すべき事由によって損害が発生した場合は、速やかに損害を賠償します。

当事業所は、損害保険ジャパンの賠償責任保険に加入しており、加入している損害保険の適用対象や補償範囲は下記の通りです。

- 業務遂行や施設の所有、使用または管理に起因する事故
- 生産物又は業務の結果に起因する事故（食中毒等）
- 受託物（現金・貴重品を含む）を損壊、または紛失し、もしくは盗取された場合
- 名誉毀損、プライバシーの侵害などによる人格権侵害

以上の事故により損害賠償責任を負担することにより被る損害に対して保険が適用されます。

## 16. 重要事項説明の確認、および変更

重要事項説明書を交付し、説明したことを確認するために、利用者及び利用者代理人（代理人を選定している場合のみ）もしくはご家族様に署名・捺印していただきます。

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合には、書類を交付して口頭説明、もしくは郵便で通知いたしますので、ご了承下さい。

## 17. 第三者評価実施なし

（定款の目的に定めた事業所）

通所介護事業（デイサービスセンター彩音）

この重要事項は、平成21年11月1日より施行する。

この重要事項は、平成23年3月1日より改正施行する。

この重要事項は、平成24年4月1日より改正施行する。

この重要事項は、平成25年4月1日より改正施行する。

この重要事項は、平成27年4月1日より改正施行する。

この重要事項は、令和4年12月1日より改正施行する。

## 同意書

令和      年      月      日

サービスの提供開始にあたり、お客様に対して契約書及び重要事項説明書に基づいて重要な事項を説明し同意の上、交付いたします。

契約者氏名 \_\_\_\_\_

事業者      合同会社 エイジングエスコート  
                                デイサービスセンター彩音  
                                長崎県諫早市原口町 667 番地 7  
代表者氏名      松尾 郁弥      印  
                                0957-35-5588

説明者      ( 氏名 ) \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から重要事項等の説明を受け、同意し受領しました。

お客様      ( 住所 ) \_\_\_\_\_

                                ( 氏名 ) \_\_\_\_\_

代理人      ( 住所 ) \_\_\_\_\_

                                ( 氏名 ) \_\_\_\_\_

ご家族      ( 住所 ) \_\_\_\_\_

                                ( 氏名 ) \_\_\_\_\_