

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

1. 事業の目的

介護保険法その他関係法令に従い、ご利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した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、ご利用者に介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（以下、「第1号通所事業」という。）を提供します。

2. 運営の方針

事業所の従業者は、ご利用者が要支援状態になった場合においても可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことによりご利用者の心身機能の維持回復を図り、もってご利用者の生活機能の維持又は、向上を目指します。

3. 事業所の内容

(1) 事業の概要

事業所名	あさひ園デイサービスセンター
指定番号	北海道指定 第0172900045号
所在地	旭川市緑が丘東1条2丁目1番21号
管理者の氏名	有持直記
電話番号	0166-66-2666
FAX番号	0166-66-2100
サービスを提供する地域	旭川市内

(2) 事業所の従業者体制

職種	職務の内容	人員(常勤換算)	指定基準
管理者	業務の一元的な管理	1名(兼務)	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名(兼務)	1名
介護職員	介護業務	11名	9名
看護職員	健康管理、医療との連携	1名(兼務)	1名
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持の為の指導	1名(兼務)	1名
栄養士	食事の管理及び栄養管理	1名(兼務)	1名
歯科衛生士	口腔衛生指導等	1名	1名

(3) 設備の概要

○食堂 1室

ご利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、ご利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○機能訓練室 1室

ご利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○その他の設備

設備としてその他に、静養室・相談室・事務室等を設けます。

(4) 定員及び営業時間帯

定員	45人（指定通所介護の利用者含む）
営業日	月曜日から土曜日までとします。 （ただし、12月29日から1月3日までを除く） また、災害時・感染症の蔓延等の理由により、サービスの提供を休止せざるを得ない場合は休業することがあります。
営業時間	午前8時30分から午後5時45分
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時40分
半日対応時間	ケアマネージャーのプランに基づいた結果、曜日・地域により下記のサービス提供時間で対応可能です。 午前9時30分から午後12時45分

4. サービスの内容

(1) 送迎

ご希望の方には、自宅から当事業所までの送迎を行います。

(2) 食事

ご利用者に合った食事を提供します。

(3) 入浴

見守りや直接介助により、入浴を提供します。

(4) レクリエーション

集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練を行います。

(5) 運動器機能向上

機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して運動器機能向上計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

(6) 口腔機能向上

口腔清掃の指導や実施又は、摂食・嚥下機能に関する訓練などを行います。

(7) 栄養改善

食に関する質問や相談に応じ、改善が必要な方については個別に支援を行います。

(8) 生活相談

事業所の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

(9) レクリエーション

①ご希望により、各種行事に参加することができます。

②行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

(10) 排泄

随時、排泄介助をいたします。(おむつご利用の方はおむつをご持参下さい)

5. 利用料金

※別紙参照 P 7

□その他の費用

(1) 時間延長サービスの提供

ご利用者やご家族の希望により、第1号事業支給費設定上通常の利用時間とされる時間を
越えてサービスを提供する場合に要する費用 延長時間1時間につき1,000円

(2) レクリエーション

材料代等が必要な場合はその実費をいただきます。

(3) 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする
場合には、実費をご負担いただきます。 実費料金：1枚につき10円

(4) 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくこと
が適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

(おむつ利用の方は、おむつをご持参下さい)

6. 利用料金のお支払い方法

第1号通所介護利用料金、食費及びその他の費用等は、1か月の利用ごとに請求書発行後に現金
でお支払ください。尚、希望者は振り込みで支払いができます。

7. サービス利用に当たっての留意事項

- ①ご利用者又はそのご家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ②ご利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- ③事業所内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④従業員に対する金銭および贈物は、お受けできません。
- ⑤食べ物を持ち込んだ場合、持ち込まれた食べ物の管理や衛生面、及びこれに関わる
事故(食中毒等)につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑥貴重品等の持ち込みは、できるだけご遠慮下さい。万が一、紛失等が発生した場合には
責任を負いかねますのでご了承下さい。

8. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と
連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年1回
ご利用者及び従業員等の訓練を行います。

9. 緊急時の対応

サービス提供時にご利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかにご家族や主治医への連絡等必要な措置を講じます。

主治医	病院名	
	所在地	
	医師名	
	電話番号	

緊急連絡先	氏名	(続柄)
	住所	
	電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

12. 利用者の尊厳

ご利用者の人権・プライバシー保護のため当事業所においてプライバシー保護マニュアルを作成し従業者教育を行います。

13. 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前にご利用者及び、そのご家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14. 苦情相談窓口

※当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

苦情受付窓口 : 生活相談員 鈴木 麻美

ご利用時間 : 月曜日～金曜日 10時00分～16時00分

電話番号 : 0166-66-2666

また、苦情受付ボックスを1階ホールに設置しています。

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

旭川市役所 長寿社会課

所在地：旭川市7条通9丁目48番地

電話番号：0166-25-9797

FAX番号：0166-29-6404

旭川市役所 介護保険課

所在地：旭川市7条通9丁目48番地

電話番号：0166-25-6485

FAX番号：0166-29-6404

北海道国民健康保険団体連合会苦情処理委員会

所在地：札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館

電話番号：011-231-5161

FAX番号：011-233-2178

北海道福祉サービス運営適正化委員会

所在地：札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7
北海道社会福祉協議会内

電話番号：011-204-631

FAX番号：011-204-6311

※苦情処理第三者委員

氏名 佐藤 雅之 住所(自)旭川市東旭川南2条3丁目5-13 TEL 37-3072

氏名 西木戸恒彦 住所(勤)旭川市9条通16丁目左7号税理士法人カムイ会計 TEL 24-1331

氏名 森 倫子 住所(自)旭川市4条通2丁目926-6 TEL 24-0465

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

15. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

第1号通所事業の開始に当たり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し
交付しました。

<事業者>

住 所 旭川市緑が丘東1条2丁目1番21号

事業者名 社会福祉法人 旭川三和会

代表者名 理事長 進 藤 順 哉

説明者職氏名 あさひ園デイサービスセンター 生活相談員 氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から第1号通所事業について重要事項説明を受け同意しまし
た。

<利用者>

住所

氏名

印

<代理人>

住所

氏名

(続柄) 印

重要事項説明書 別紙

利用料金

保険者が定める基準により算定した第1号事業支給費の額として設定します。

□第1号事業支給額（1か月あたり）

		事業対象者・要支援1	要支援2	
介護保険適用部分	基本料金	第1号通所事業費 1,798円	3,621円	
	加算料金	栄養改善加算	200円（月2回まで・原則として3ヶ月）	
		口腔機能向上加算（I）	150円（月2回まで・原則として3ヶ月）	
		一体的サービス提供加算	480円	
		サービス提供体制強化加算（I）	88円	176円
	介護職員等処遇改善加算（I）	1月あたりの基本料金の自己負担額に加算料金の自己負担額を足して、その額に9.2%を乗じた金額		
介護保険適用外	食費	570円		

- ※ 上記は旭川市の被保険者及び旭川市に居住する住所地特例適用者に適用されるものです。
- ※ 当事業所の実施地域は、旭川市内としておりますが、通常の実施地域を越えて中山間地域等（旭川市以外の道内全域）に居住される方のサービスを提供した場合には所定単位数の5%が加算されます。
- ※ 介護保険適用部分については、各市区町村から交付される介護保険負担割合証の利用者負担割合の欄に記載されている割合に応じた額のご負担となります。
- ※ 「介護予防サービス計画等」に基づいて、医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・通所リハビリテーション・短期入所療養介護）と併せて利用する場合の居宅サービス費に係る自己負担額は医療費控除の対象となります。当事業所で発行している領収書は高額療養費、確定申告等の証明に必要となります。再発行はできませんので大切に保管して下さい。

上記の内容に同意致します。

同意日 令和 年 月 日

同意者 (印)

(続柄)