

通所介護サービスおよび介護予防通所介護サービス重要事項説明書

利用者に対する(介護予防)通所介護サービスおよび介護予防通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 三井会
主たる事務所の所在地	福岡県久留米市北野町中川900-1
法人種別	医療法人
代表者名	神代 弘道
電話番号	0942-78-3177

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービスくましろ
指定番号	福岡県 4071602363 号
所在地	福岡県久留米市北野町八重亀412番地
電話番号	0942-23-4887, FAX 0942-78-2099
介護保険法令に基づき福岡県 知事から指定を受けている居 宅介護サービスの種類	通所介護 介護予防通所介護 介護予防通所サービス

3. 施設の概要

(1) 施設及び建物

敷地	5098.8㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート造、3階建ての1階の一部
	延床面積	111.7㎡

(2) 主な設備

設備の種類	室数	設備
食堂兼機能訓練	1室	261.74㎡
相談室	1室	
浴室	4室	一般浴室2室、特殊浴室2室
トイレ	6箇所	

4. 事業の目的と運営方針

【通所介護】

事業の目的	本事業は、利用者の心身の状況、置かれている環境等を的確に把握し、要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防を念頭に置き、適切な通所介護サービスが、利用者の選択に基づいて提供され、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支援することを目的として行う。
運営の方針	提供にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち通所介護を行う。又、事業の運営に当たっては、久留米市及び浮羽・三井介護保険広域連合、居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。

【介護予防通所介護】

事業の目的	本事業は、利用者が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の出来るよう生活相談員・看護婦・介護において必要なリハビリテーションを行う事により、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持・向上を目指すことを目的とする。
運営の方針	提供にあたっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち介護予防通所介護を行う。又、事業所の運営に当たっては、久留米市及び周辺市町村の包括支援センターとの連携に努める。

5. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業者の職種	員数
管理者	1名
生活相談員	1名以上
看護職員	1名以上
機能訓練指導員	1名
介護職員	8名以上

6. 営業時間・サービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日（日曜は休日）
営業時間	8：30 ～ 17：30
サービス提供時間	9：00 ～ 17：00

7. 利用定員

事業所の利用定員は、一日につき50人までとします。

8. 内容及び利用料、その他の費用

通所介護等の内容は次の通りとし、提供した場合の利用料の額は、指定通所介護については介護報酬告知上で定める額によるものとします。その他については、久留米市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱が定める額によるものとし、当該指定通所介護などが法定代理受理事務であるときは、当該利用者の負担割合証に記載された負担割合によるものとします。

- (1) 身体介護に関する事
- (2) 入浴に関する事
- (3) 食事に関する事
- (4) 機能訓練に関する事
- (5) アクティビティに関する事
- (6) 送迎に関する事

その他の費用

食事代	570円
おむつ代	132円
パット代	40円
タオル代	(大) 30円、(小) 20円
その他	上記以外の日常生活において必要な物品につきましては、ご利用者の方の全額負担となっております。

9. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、通所介護については久留米市、三井郡、うきは市、朝倉市、小郡市の区域とし、久留米市介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防通所サービスについては、久留米市とします。

10. サービス利用に当たっての留意事項

利用者は、通所介護等従業者の指示に従ってサービス提供を受けることができます。

通所介護等従業者は、事前に利用者に対して、下記の点に留意するように指示を行います。

- (1) 主治医からの指示事項等がある場合には申し出してください。
- (2) 気分が悪くなったときは速やかに申し出してください。
- (3) 体調不良によってサービスの利用に適さないと判断される場合には、サービスの提供を中止することがあります。

11. 緊急時および事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に、利用者の容体の変化などがあった場合は、医療機関及び家族並びに必要と判断される関係者等に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対するサービスの提供に関して事故が発生した場合には、直ちに利用者又は家族に連絡します。合わせて、保険者（市町村）にも連絡し、事故の原因を説明するとともに再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 事業所は、サービス提供に伴って、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回以上、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

また、地域住民との密接な連携体制を確保し、訓練の実施に協力を得られる体制作りを努めます。訓練の実施にあたっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のある訓練を行います。

13. 虐待防止のための措置に関する事項

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	牧原 一弘
-------------	-------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

14. 利用者及び利用者の家族等の禁止行為

- (1) 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
例：コップを投げつける・蹴る・唾を吐く等
- (2) 職員に対する精神的暴力
（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
例：大声を発する・怒鳴る・特定の職員に嫌がらせをする
・「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
- (3) 職員に対するセクシャルハラスメント
（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
例：必要もなく手や腕を触る・抱きしめる・あからさまに性的な話をする

15. その他運営についての留意事項

①事業所は、通所介護等従業者の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備します。

- (1) 採用時研修 採用後 3ヶ月以内
- (2) 継続研修 年1回
- (3) 虐待防止に関する研修 年1回
- (4) 権利擁護に関する研修

②従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

③従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、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を、従業者との雇用契約の内容とします。

④事業所は、指定通所介護等に関する記録を整備し、そのサービスを提供した日から5年間保存します。

⑤この工程に定める事項の他、運営に関する重要事項は医療法人三井会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

16. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 土日 午前9時～午後12時 ご利用方法 電話 0942-23-4887 担当者 牧原 一弘
久留米市役所 介護保険課	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話 0942-30-9247
福岡県国民健康保険 団体連合会介護保険 相談窓口	ご利用時間 平日 午前9時～午後6時 土日 午前 時～午後 時 ご利用方法 電話 092-642-7859 FAX 092-642-7857 介護サービス相談窓口
朝倉市保険福祉部 介護サービス	電話 0946-22-1111
福岡県介護保険 広域連合うきは・太刀洗支部	電話 0943-74-5355
小郡市役所 長寿支援課 介護保険係	電話 0942-72-2111

17. 第三者による評価の実施状況

実施の有無 有・無

実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

緊急連絡先		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	神代病院
	院長名	高田 晃男
	所在地	福岡県久留米市北野町中川900-1
	電話番号	0942-78-3177
	診療科	外科 内科 整形外科 肛門外科 放射線科 リハビリテーション科 循環器内科 神経内科 消化器外科 消化器内科 皮膚科 救急科
	入院設備	有り
	救急指定の有無	有り
	契約の概要	当事業者と病院は同一法人機関です。
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1 に
甲2
対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 福岡県久留米市北野町八重亀412番地

名 称 デイサービスくましろ 印

説 明 者 所 属 _____

氏 名 _____ 印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(甲2) 利用者の家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印