

重要事項説明書 (利用の手引き)

わがの里デイサービスセンター

【事業者】

〒024-0073

岩手県北上市下江釣子10地割74番地3

社会福祉法人和江会

理事長 菊池 隆浩

☎ 0197-73-5511 FAX 0197-73-5502

【事業所】

指定介護老人福祉施設 (岩手県指定第0370600231号)

特別養護老人ホームわがの里

指定短期入所生活介護 (岩手県指定第0370600074号)

指定介護予防短期入所生活介護

特別養護老人ホームわがの里

指定通所介護 (岩手県指定第0370600066号)

指定共生型通所介護

★ 北上市介護予防・日常生活支援総合事業

わがの里デイサービスセンター

指定居宅介護支援 (岩手県指定第0370600041号)

わがの里在宅介護支援センター

指定認知症対応型共同生活介護 (岩手県指定第0390600062号)

グループホームわがの里

一般在宅福祉事業

配食サービス、地域包括支援サブセンター

令和7年4月1日現在

1 事業の目的

社会福祉法人和江会が開設するわがの里デイサービスセンター(以下「事業者」という。)が行う北上市介護予防・日常生活支援総合事業に基づく北上市介護予防通所介護サービス(以下「事業」という。)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、事業所の職員等(以下、「職員」という)が、要支援状態にある利用者(以下、「利用者」という)に対し、適正な介護予防通所介護を提供することを目的とします。

2 運営の方針

事業者は、介護保険法の主旨に従って利用者の意思及び人格を尊重し、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、利用者の心身機能の維持回復を向い、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

前2項のほか、「北上市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営基準等要綱」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

3 事業者の内容

1) 事業所名	わがの里デイサービスセンター
指定番号	岩手県指定第0370600066号
所在地	岩手県北上市下江釣子10地割74番3
管理者の氏名	所長 松田幸三
電話番号	0197-73-6996
FAX番号	0197-73-6999
サービスを提供する地域	北上市

2) 事業所に勤務する職員体制

(1) 管理者 1名(常勤)

事業所の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。

(2) 看護職員 1名以上(機能訓練指導員と兼務)

検温、血圧測定等を行うほか、利用者の居宅サービス計画及び通所介護計画に基づく看護を行います。

(3) 介護職員 4名以上

利用者の居宅サービス計画及び通所介護計画に基づく介護を行います。

(4) 機能訓練指導員 1名以上(看護職員と兼務)

日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。

(5) 生活相談員 1名以上

利用者の生活相談、苦情への対応、処遇の企画や実施等を行います。

(6) 管理栄養士 1名(兼務)

利用者の栄養及び嗜好を考慮し、適切な時間に提供するように努めます。

(7) 調理員 1名

利用者に提供する食事の調理

(8) 事務職員 1名(兼務)

必要な事務を行います。

3) 設備の概要

- 食堂 1 室
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、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
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

- (1) 定員 1 日 30 人
- (2) 営業日 月曜日から金曜日までとします。(国民の休日含む。)
ただし、12月30日から1月3日までを除く。
- (3) 営業時間帯 午前8時30分から午後5時30分までとします。
ただし利用者から希望があり、それに対応可能な場合はこの限りではありません。

※ 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とします。

- (4) サービス提供時間
午前9時10分～午後4時20分

4 サービスの内容

- ① 運動、生活機能向上訓練 ② 口腔機能向上訓練 ③ 健康状態の確認
- ④ レクリエーション ⑤ 送迎 ⑥ 食事の提供
- ⑦ 入浴サービス

5 利用料金

事業の利用料は、北上市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定める第1号事業支給費を元に計算した額とし、事業者が介護予防通所介護サービスを提供した際には、介護保険法に定める利用者負担割合による額を利用料とします。

(1)基本料金 (1月当たり) (単位:円)

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担金		
		1割	2割	3割
要支援1・事業対象者	17,980	1,798	3,596	5,394
要支援2・事業対象者	36,210	3,621	7,242	10,863

(2)加算料金等 (1月当たり) (単位:円)

加算の種類		基本利用料	利用者負担金		
			1割	2割	3割
口腔機能向上加算		1,500	150	300	450
一体的サービス提供加算		4,800	480	960	1,440
サービス提供体制強化加算(1)	要支援1・事業対象者	880	88	176	264
	要支援2・事業対象者	1,760	176	352	528
科学的介護推進体制加算		400	40	80	120

介護職員等処遇改善加算Ⅰ 自己負担額(基本料金+加算)×9.2%

1月あたりの利用料金額 円

ロ その他の費用

- (1) 通常の事業の実施地域以外の地域に居宅する利用者に対し行う送迎に要する費用
通常の事業実施地域を越えた地点から 1 k m 4 0 円
- (2) 食事の提供に要する費用（全額自己負担） 1 食 6 5 0 円
- (3) おむつ代 紙パンツ (M) 1 枚 9 6 円 (L) 1 枚 1 0 5 円
尿取りパット 1 枚 2 6 円・6 9 円
- (4) 日常生活費 実 費
- * その他、レクリエーション等にかかる費用等は自己負担となります。
 - * 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者
に支払われない場合があります。その場合はいったん1日あたりの利用料金を
頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日北上
市の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

ロ キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

ご利用日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	6 5 0 円

6 サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の職員にご一報ください。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④ 職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤ お弁当の持込はご希望により応じておりますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生
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。

7 サービスの終了

- ① 利用者の都合でサービスを終了する場合
サービスの終了を希望する1週間前までに文書でお申し出ください。
- ② 自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。
 - ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護度認定区分が、非該当（自
立）と認定された場合
 - ・ 利用者がお亡くなりになった場合
- ③ その他
 - ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう
催告したにもかかわらず、30日以内に支払わない場合、または利用者やご家
族などが当施設や施設職員に対して本契約をしごたいほどの背信行為を行った
場合は、契約を終了させていただく場合があります。
 - ・ ご利用者が、入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってサービスが利用
できない状態であることが明らかになった場合、文書で通知のうえ、契約を終
了させていただくことがございます。なお、この場合、退院後に再度サービスを
希望される場合は、お申し出ください。
 - ・ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合に契約を終了し、

退所していただく場合があります。この場合は、契約終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

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2回利用者及び職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、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

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。

《緊急連絡先》

①	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電話番号	
②	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電話番号	

主治医	病 院 名	
	医 師 名	
	住 所	
	電話番号	

居宅介護支援事業所名 _____

《市町村連絡先》

北上市介護保険担当窓口

Tel 0197-64-2111

11 守秘義務に関する対策

事業者及び職員は、業務上知り得た利用者又はその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、職員との雇用契約の内容としています。

12 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

13 身体拘束廃止及び高齢者虐待防止推進

- ・ 事業者は、サービス提供にあたり、原則として身体拘束は行いません。ただし、利用者様または他の利用者様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は、三要件（切迫性、非代替性、一時性）を満たしていることを確認し、慎重に検討を行います。
- ・ 事業者は、身体拘束適正化指針及び高齢者虐待防止推進内容を含む利用者様の権利擁護規程を定める他、利用者様の権利擁護を組織的に推進するための委員会活動や定期的な研修を実施し、これらを実施するための担当者を設置しています。
- ・ 事業所は、虐待と疑われる事案が発生した場合は、虐待防止のための指針に則り、発生状況の把握と対応を行い、行政機関への通報や警察への通報等必要な措置を講ずると共に、関係機関との連携を図り再発防止に努めるものといたします。

14 感染症対策

- ・ 感染症または食中毒の予防及びまん延防止のための指針を定める他、感染対策を組織的に運営するための委員会活動や定期的な研修及び発生時の訓練（シミュレーション）を実施します。
- ・ 事業所は、感染症や食中毒が疑われる事案が発生した場合は、感染対策マニュアルに則り、発生状況の把握と対応を行い、行政機関等へ報告すると共に、関係機関との連携を図り感染拡大防止や食中毒まん延防止に努めるものといたします。

15 苦情相談窓口

サービスに関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

① 当事業所ご利用者の相談・苦情窓口

窓 口 わがの里デイサービスセンター TEL 0197-73-6996
解決責任者 所 長 松 田 幸 三
受付担当者 生活相談員 佐々木 恵美子

② 当事業所以外に、公的機関の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

北上市介護保険担当窓口 TEL 0 1 9 7 - 6 4 - 2 1 1 1
岩手県国民健康保険団体連合会 TEL 0 1 9 - 6 2 3 - 4 3 2 1
岩手県福祉サービス運営適正化委員会 TEL 0 1 9 - 6 3 7 - 8 8 7 1

③ 苦情解決委員(第三者)

高田 聖 宜 TEL 0 1 9 7 - 7 3 - 5 0 4 2
三田 長 義 TEL 0 1 9 7 - 6 4 - 1 1 5 4
藤枝 剛 TEL 0 1 9 7 - 7 3 - 5 6 2 7

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。

16 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関

- ・ 名称 北上済生会病院
- ・ 住所 北上市九年橋 3-15-33

協力歯科診療所

- ・ 名称 むらさきの歯科医院
- ・ 住所 北上市村崎野 16-166-3

17 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は、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、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を酌み取り減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

指定介護予防通所介護サービスの開始に当たり、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〉 北上市下江釣子10地割74番地3

〈事業者名〉 社会福祉法人和江会

〈代表者名〉 理事長 菊 池 隆 浩 ㊞

事業所名 わがの里デイサービスセンター

管理者名 所 長 松 田 幸 三

説 明 者 _____ ㊞

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定介護予防通所介護サービスについて重
要事項説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

<身元引受人(家族)>

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

利用者との続柄 ()

<代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続柄 ()