

重要事項説明書

(指定通所介護)

当事業者が提供する指定通所介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター
主たる事務所の所在地	静岡県伊豆市冷川1523番地108
〃 〃 電話番号	0558-83-2111
法人の種別	社会福祉法人
〃 代表者の職・氏名	理事長 野中 康

2 事業所の概要

事業所の名称	農協共済中伊豆リハビリテーションセンター デイサービス伊東の丘きらめき
事業所の所在地	静岡県伊東市岡1349番地3
介護保険事業者番号	2270401082
県知事指定年月日	平成28年4月1日
交通の便	国道135号線を伊東市内へ。伊東市内より県道12号線を通り伊豆市方面へ。県道12号の和泉入り口で左折し、和泉橋より2分。
サービスを提供する通常の実施地域	伊東市(赤沢、八幡野、池、富戸の一部を除く)

3 事業所の職員等の概要

(令和6年6月1日現在)

職 種	職員体制	備考
管 理 者	1名	(機能訓練指導員兼務)
看 護 師	3名	
機能訓練指導員	6名	(管理者兼務1名)
生活相談員	3名	(介護職員兼務3名)
介護職員	13名	(生活相談員兼務3名)
食堂及び機能訓練室	床面積 395.3㎡	
浴 室	一般浴槽、特殊浴槽、自立浴室	
そ の 他 設 備	送迎車(車椅子用リフト車、ワゴン車、乗用車)	

4 営業日・営業時間・サービス提供時間等

営業日	月曜日から土曜日(半日コースは月～金曜日)までとする。ただし12月29日から1月3日までを除く。
営業時間	午前8時25分から午後5時10分までとする。
サービス提供時間	1単位目 午前9時から午後4時5分までとする。 2単位目 午前9時から午後0時5分までとする。 3単位目 午後1時30分から午後4時35分までとする。
定 員	1単位目35人 2単位目25人 3単位目25人

5 指定通所介護の運営の方針

指定通所介護

要介護者の心身の特性を踏まえて、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世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能、活動、参加等の生活機能の維持・向上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。

——— 生活の充実と心のやすらぎを支援します ———

——— 「やりたい」をあきらめない ———

6 利用料金（別紙参照）

- (1) 当事業者の指定通所介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として介護報酬告示上の額にあなたの介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。
- (2) その他の費用
食費、交通費（別紙参照）おむつ代、その他日常生活に通常必要とされる費用はあなたの負担となります。
- (3) 料金の支払方法
あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月15日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、20日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込、口座自動引落、窓口での現金支払いの中からご契約の際に選んでください。
- (4) キャンセル料
利用者のご都合により当日の指定通所介護をキャンセルした場合にも、キャンセル料は発生しません。ただし、当日10時以降に利用を中止された場合は、食事を召し上げらなくても食事代の実費をいただきます。
- (5) その他
利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて、伊東市に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

7 サービスの提供にあたって

- (1) 利用開始
 - ① 当事業者に直接もしくは担当の介護支援専門員を通してご連絡ください。当事業者の従業員があなたのお宅に伺い、当事業者の指定通所介護の内容等についてご説明します。
 - ② 居宅介護支援事業者または介護予防支援事業者が作成する「居宅（介護予防）サービス計画（ケアプラン）」に基づき、あなた及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」はあなたまたは家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。

- ③ サービス提供は、「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」は、あなたの心身の状況や意向等の変化により、必要に応じ変更することができます。
- ④ サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護度認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- ⑤ 居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、あなたの心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービスまたは福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。また、安全で効果的にサービスをご利用いただくために、必要により、かかりつけの医療機関より利用に関する同意や注意事項等の情報を提供いただく場合があります。

（２）サービスの終了

- ① あなたのご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日の７日前までに文書で申し出てください。
- ② 当事業者の都合でサービスを終了する場合
人員不足等止むを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の１ヶ月前までに、文書によりあなたに通知します。
- ③ ケアプランにおける目標が達成された場合
サービスの利用により、ケアプランに位置づけられた目標が達成された場合には、あなたの同意の上で終了させていただく場合があります。
- ④ 自動終了
次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
 - ・あなたが介護保険施設に入所又は入院した場合。
 - ・あなたの要介護度が非該当(自立)と認定された場合
 - ・あなたが長期間において医療機関に入院された場合
 - ・あなたがお亡くなりになられた場合
- ⑤ その他
 - ・事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合または当事業者が破産した場合は、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
 - ・あなたがサービスの利用料金を２ヶ月以上滞納し、３０日以上を定めて支払の催告をしたにもかかわらず支払わない場合またはあなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

８ サービス利用に当たっての留意事項

利用者は指定通所介護の利用に当たっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるように留意致します。

9 サービスの内容

(1) 当事業者があなたに提供するサービスは、以下のとおりです。

ご利用日： 毎週 月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日

内 容： ・ 通所介護計画の作成

・ 送 迎

・ 日常生活上の支援（食事、入浴、排泄、更衣、移動・移乗、服薬等）

・ 機能訓練（日常生活動作を通じた訓練、レクリエーションを通じた訓練、器具等を使用した訓練、創作活動を通じた訓練）

・ レクリエーション（アクティビティ）

・ 食事の提供

・ 入浴

・ 健康チェック

・ 介護・生活・福祉等の相談

指定通所介護加算

・ 個別機能訓練（Ⅰ）・（Ⅱ）

・ 口腔機能向上サービス

・ 栄養アセスメント・栄養改善サービス

- ① 提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- ② サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

(2) 職員の禁止行為

- ① 医療行為（ただし、看護職員が行う診療の補助行為を除く）
- ② あなた又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ あなた又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他あなたの行動を制限する行為（あなたまたは第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他あなたまたは家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

10 虐待の防止について

事業者は、あなたの人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者の配置

虐待防止に関する責任者	山田 岳史（管理者）
-------------	------------

(2) 虐待防止の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催します。

(3) 虐待防止のための指針の整備をします。

(4) 職員に対して虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施します。

1 1 身体拘束の禁止について

事業者は、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

(1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催します。

(2) 身体拘束等の指針を整備します。

(3) 職員に対して身体拘束等の研修を定期的実施します。

1 2 緊急時の対応方法

指定通所介護の提供中にあなたに病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかにあなたの主治医に連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、あなたがあらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

主治医	氏 名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏 名	(利用者との関係)
	連絡先	

1 3 事故について

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに保険者、あなたの家族または代理人並びに関係各機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事故の状況および事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

(3) サービス利用中の事故のうち、損害を賠償すべき事故である場合には、速やかに損害の賠償をいたします。

(4) あなたの過失による事故が発生した場合は、あなたおよびご家族に責任を持って対応していただきます。また、事業者が損害を被った場合は、あなたまたは代理人に対してその損害の賠償を請求いたします。

1 4 非常災害対策

非常時の対応	1 火災の場合： 通常勤務の時間内の場合、発見後付近の者に知らせ初期消火実施。事務分室に知らせ、事務分室は 119 番に急報する。以後自主防災隊編成区分に従い初期消火、救出・避難誘導する 2 地震の場合： 注意情報発令時：引渡しの連絡や引渡し方法の確認などの準備的措置を講じた上、保護者への引渡し(送迎)を実施する 警戒宣言発令時：事務室に「地震対策本部」を設け、防災会議の委員を招集する。火気使用を中止、エレベーターの使用を停止する 非常災害の発生または警戒宣言発令時： 火災場所から遠ざけてから、全体的な避難誘導を図る。避難するときは、避難誘導班の指示に従う 避難地：事業所内避難地は正面玄関駐車場。必要のあるとき及び防災機関の支持命令により避難の必要があるときは、広域避難所へ避難誘導を行う 最寄の広域避難所は伊東市南中学校
近隣との協力関係	1 職員応援者は、日勤者の指示のもとに相互協力し、初期消火、救出・避難誘導にあたる 2 伊東市及び地域の自主防災組織の行う訓練には、可能な限りこれに参加するものとする
平常時の防災訓練等	年 2 回の防災訓練、その他の防災教育
防災設備	自動火災報知機、スプリンクラー設備 消火用散水栓 消火器
消防計画	消防署への届出 ：平成 29 年 9 月 29 日 防火管理者 ：山本 和寿

1 5 業務継続に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を定期的実施します。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこととします。

16 感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業者は、感染症の発生及びまん延防止できるよう、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

(1) 感染症防止に関する責任者の配置

感染症防止に関する責任者	富岡 博美（看護師）
--------------	------------

(2) 感染対策を検討する委員会を定期的開催します。

(3) 感染症及びまん延防止のための指針の整備をします。

(4) 職員に対して感染症及びまん延防止のための研修を定期的実施します。

17 苦情処理

あなたは、当事業者の指定通所介護の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担 当 山田 岳史、 山中 真一
電話番号 0557-36-6381（8：30～17：00）

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

市 町 村	担当窓口	伊東市高齢者福祉課(伊東市大原町2-1-1)
	電話番号	0557-32-1563（8：30～17：15）
国民健康保険 団体連合会	担当窓口	介護保険課（静岡市春日2-4-34 国保連合会内）
	電話番号	054-253-5590（9：00～17：00）
静岡県 福祉長寿局	担当窓口	福祉指導課介護指導班
	電話番号	054-221-3243（9：00～17：00）

18 福祉サービス第三者評価の実施状況について

実施なし

令和 年 月 日

（事業所）

指定通所介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

いとうしおか

所在地 伊東市岡 1 3 4 9 番地 3

のうきょうきょうさいなかいず

名 称 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター

いとう おか

 デイサービス伊東の丘きらめき

説明者

印

（利用者）

この説明書により、指定通所介護に関する重要事項の説明を受け、同意しました。

住 所

氏 名

印

（代理人）

住 所

氏 名

印

（利用者との続柄

）