

西城市民病院デイサービス重要事項説明書(介護予防通所サービス)

(事業の目的)

第1条 庄原市立西城市民病院が開設する介護予防通所介護事業所(以下「事業所」という)が行なう指定介護予防通所介護の事業(以下「事業」という)は、居宅において要支援状態にある高齢者等(以下「要支援者等」という)に対し、適切な介護予防通所介護を提供することを目的とする。

(運営の方針)

事業所の運営方針は、次のとおりとする。

1 事業所の当事業従事者は、要支援者の心身の特徴を踏まえて、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図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

2 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する。

(事業所の名称及び所在地)

第2条 事業を行なう事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名称 西城市民病院デイサービス
介護保険事業所番号 3474900325
- (2) 所在地 広島県庄原市西城町中野1339番地
TEL 0824-82-3130(昼)0824-82-2611(夜)

(従事者の職種、員数及び職務内容)

第1条 事業所に勤務する当事業従業者の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

- (1) 管理者 1名 常勤(生活相談員と兼務)
管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行なう。
- (2) 生活相談員 2名 常勤1名(管理者と兼務1名)非常勤1名(介護職員と兼務1名)
- (3) 看護職員 3名 常勤1名(機能訓練指導員と兼務) 非常勤2名(機能訓練指導員と兼務2名)
- (4) 介護職員 9名 常勤2名 非常勤7名(生活相談員と兼務1名)
- (5) 機能訓練指導員 3名 常勤1名(看護職員と兼務)非常勤2名(看護職員と兼務3名)

(営業日及び営業時間)

第2条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- (1) 営業日 月曜日から金曜日までとする。(祝祭日を含む)
ただし、12月29日から1月3日までを除く。
- (2) 営業時間 午前9時から午後3時30分までとする。

(指定介護予防通所介護の利用定員)

第3条 指定介護予防通所介護の利用定員は、次のとおりとする。

- (1) 利用定員数 一日 28人(介護給付の利用者と合わせたものとする。)

(指定介護予防通所介護の内容)

第4条 指定介護予防通所介護の内容は、次のとおりとする。

- (1) 送迎 (2) 健康チェック (3) 食事サービス (4) 入浴サービス
- (5) 生活指導 (6) 運動器機能向上訓練 (7) レクリエーション

(利用料その他の費用の額)

第5条 指定介護予防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する。

< 所要時間5時間以上7時間未満の場合 >

	一割負担	基本料	サービス提供体制強化加算 (I)	合計
1月につき	要支援1	1798円	88円	1886円
	要支援2	3621円	176円	3797円
	二割負担	基本料	サービス提供体制強化加算 (I)	合計
1月につき	要支援1	3596円	176円	3772円
	要支援2	7242円	352円	7594円

上記以外の経費として1日につき食費650円(おやつ代込み)がかかります。

第6条

- 1 指定介護予防通所介護を提供するに必要とする経費負担として利用者に対し、次の額を実費として徴収する。
 - (1) 臨時的経費負担額 その都度利用者の同意の上、実費を徴収する。
 - (2) おむつ代 パンツ100円/1枚・尿取 20円/1枚(税抜き価格)
希望により購入して頂く
- 2 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払の同意を受ける。

(緊急時及び事故発生時の対応方法)

第10条 介護予防通所介護従事者は、介護予防通所介護を実施中に、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡をする等の処置を講ずるとともに、管理者に報告する。同時に、ご家族、居宅介護支援事業者、市町村などに連絡を行うなど、必要な処置を講ずるとともに速やかに状況により損害賠償を行います。又、事故の原因を解明し再発防止策を講じます。

(苦情処理の対応方法)

第 11 条 利用者からの相談または苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）は、次のとおりとする。

行政窓口	庄原市西城支所保健福祉係
主たる事務所の所在地	広島県庄原市西城町中野 1339
電話番号	0824-82-2202

ご利用事業所の名称	西城市民病院デイサービス
指定番号	3474900325
サービスの種類	通所介護 介護予防通所
所在地	広島県庄原市西城町中野 1339
電話番号	0824-82-3310
管理者	明賀 博則

相談窓口	広島県国民保険団体連合
所在地	広島県広島市中区東白島 19 番 49 号国保会館
電話番号	082-554-0783

手順 苦情の処理は原則管理者・生活相談員で円滑かつ迅速に誠意を持って対応する。内容によっては、関係機関と連携、調整をとり協力を得る。対応に関しては利用者宅を訪問するなど問題解決に向け努力し、必要なことは関係機関へ報告する。

(通常の事業の実施地域)

第 12 条 事業所の通常の事業の実施地域は、庄原市の地域とする。

(サービス利用に当たっての留意事項)

第 13 条 利用者は、サービス利用に当たって、次の事項に留意するものとする。

- (1) 室内は土足禁止とし、上履きを使用すること。
- (2) 自分の持ち物には名前を書くこと。
- (3) 常に整理整頓と清潔を保持するように心がけること。
- (4) その他掲示している「利用上の注意事項」を守ること。

(非常災害対策)

第 14 条 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、防水管理者又は火気、消防等についての責任者を定め、年 1 回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

(送迎に関して)

第 15 条 原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りを行う。但し、身体的・環境的等の諸事情がある場合は、本人・ご家族様と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供する。

送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備等ができていない場合は、他の利用者様への迷惑になるため、長時間待つことはできません。送迎の対応ができなくなる場合もありますので、その点をご理解くださり、本人・ご家族のご協力をお願いします。

(その他運営に関する重要事項)

第 16 条 事業所は、介護予防通所介護の従業者の質的向上を図るため、次のような研修の機会を設けるものとし、また、業務体制を整備する。

- (1) 採用時研修 採用後 1 ヶ月以内
- (2) 継続研修 年 3 回
- (3) その他の研修

2 従業者は、職務上知り得た秘密を保持する。

3 この規程に定める事項のほか、事業所の運営に関する重要事項は、庄原市と、事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

(虐待防止の為の措置に関する事項)

第 17 条 1 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く

2 事業所は、サービス提供中に当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護するもの）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

(身体拘束等)

第 18 条 事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を廃止する。但し、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった利用を記録する。

(衛生管理)

第 19 条 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に共する水について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行う。

感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止の為の指針を定め、必要な措置を講ずる為の体制を整備する。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止の為の対策を検討する委員会をおおむね 6 か月に一回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知する。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止の為の指針を整備する。
- (3) 事業所において従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止の為の研修及び訓練を定期的実施する。

以上の通り、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生労働省令第 37 号）」第 105 条（第 8 条準用）の規定に基

づき、利用者に説明を行いました。

年 月 日

事業所名 西城市民病院デイサービス

事業者名 庄原市病院事業管理者 郷力 和明

管理者 明賀 博則

所在地 広島県庄原市西城町中野 1 3 3 9 番地

説明者氏名

上記内容の説明を事業者から受け、サービス提供の開始に同意します。

利用者 住所

氏名

代理人 住所

氏名