

勤医協デイサービスセンター（通所型サービス） 重要事項説明書

令和 6年 6月 1日改定

1 当事業所の概要

(1) 提供できる通所型サービス種類と地域

| | |
|----------------|-------------------|
| 事業所名 | 勤医協デイサービスセンター |
| 所在地 | 北見市常盤町5丁目7番地5 |
| 電話番号 | 0157-69-5405 |
| FAX番号 | 0157-26-4766 |
| 介護保険事業所番号 | 0115012064 |
| 通常サービスを提供する地域※ | 北見市（端野、常呂、留辺蘂を除く） |

(2) 当事業所の職員体制

| 職 種 | 人数 | 業務内容 |
|-------|-------|------------------|
| 管理者 | 1名 | 従事者及び業務の管理など |
| 看護職員 | 3名以上 | 健康管理、相談、助言など |
| 機能訓練員 | 3名以上 | 訓練指導、助言など |
| 生活相談員 | 3名以上 | 申込に係わる調整、相談、助言など |
| 介護職員 | 12名以上 | 通所介護の提供 |

※その他、事務業務や送迎車の運転など、必要に応じて職員を配置します。

(3) 営業日時

- ① 営業日 月曜日から土曜日とします。
ただし、日曜日及び正月期間（12月30日～1月3日）は休業とします。
- ② 営業時間 午前9時から午後5時
- ③ サービス提供時間 3月～11月 午前9時30分から午後4時45分まで
12月～2月 午前9時45分から午後4時まで
※時間延長の必要が発生した場合は、職員にご相談ください。
- (4) 利用定員 利用者の定員は、1日42名です（介護保険サービスとの合計）。

2 当事業所の通所型サービスの特徴等

(1) 運営方針

- ① 事業所の従業者は、その利用者が可能な限りその居宅において、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、心身機能の維持回復・生活機能の維持向上をめざし、さらに利用者の社会的孤立感の解消及びその家族に身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行ないます。
- ② 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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。

3 通所型サービスの内容

(1) 身体の介護に関すること

日常生活動作の程度により必要な支援及びサービスを提供します。

(2) 入浴に関すること

家庭において入浴することが困難な利用者に対して必要な入浴サービスを提供します。

(3) 食事に関すること

食事を希望する利用者に対して、必要な食事サービスを提供します。

(4) アクティビティ・サービスに関すること

利用者が生きがいがある、快適で豊かな日常生活を送ることができるような生活援助（支援）や家庭での日常生活に必要な基礎的なサービス（訓練）及び機能低下を防ぐための必要な訓練を行ないます。また、利用者の身体的、精神的な疲労回復と気分転換が図れるよう各種サービスを提供します。

(5) 送迎に関すること

身体状況、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者については、必要な支援、サービスを提供します。送迎時間は利用者の状況を踏まえ、予定を組みます。予定時間は、決まり次第お知らせします。

(6) 相談、助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行いません。

4 利用料金及び支払方法

(1) 通所型サービスの利用料金

ア) 通所型サービスを利用する場合は、介護度により次の自己負担額がかかります。

| 通所型サービス | | 月／回／日 | 1割負担 | | | 2割負担 | | | 3割負担 | | |
|---------|--------------------------|----------|-------|-------|--------|------|------|------|------|------|------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 通所型サービス | 要支援1・事業対象者 月の利用が4回以上の場合 | 月額 1月につき | 1798円 | 3596円 | 5394円 | | | | | | |
| | 要支援1・事業対象者 月の利用が1～3回の場合 | 回数 1回あたり | 436円 | 872円 | 1308円 | | | | | | |
| | 要支援1・事業対象者 日割りの要件に該当する場合 | 日割 1日あたり | 59円 | 118円 | 177円 | | | | | | |
| | 要支援2・事業対象者 月の利用が8回以上の場合 | 月額 1月につき | 3621円 | 7242円 | 10863円 | | | | | | |
| | 要支援2・事業対象者 月の利用が1～7回の場合 | 回数 1日あたり | 447円 | 894円 | 1341円 | | | | | | |
| | 要支援2・事業対象者 日割りの要件に該当する場合 | 日割 1日あたり | 119円 | 238円 | 357円 | | | | | | |

イ) 通所型サービスの利用に伴い、介護度にかかわらず次の自己負担額が加算されます。

| 加算 | | 月／回／日 | 1割負担 | | | 2割負担 | | | 3割負担 | | |
|----|------------------------------|----------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 加算 | ①一体的サービス提供加算 | 月額 1月につき | 480円 | 960円 | 1440円 | | | | | | |
| | ②サービス提供体制強化加算 I 1 要支援1・事業対象者 | 月額 1月につき | 88円 | 176円 | 264円 | | | | | | |
| | ③サービス提供体制強化加算 I 2 要支援2・事業対象者 | 月額 1月につき | 176円 | 352円 | 528円 | | | | | | |

ウ) 同一建物に居住している場合は減額されます。

| 同一建物減算 | | 月／回／日 | 1割負担 | | | 2割負担 | | | 3割負担 | | |
|--------|--------------------------|----------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 同一建物減算 | 要支援1・事業対象者 月の利用が4回以上の場合 | 月額 1月につき | 376円 | 752円 | 1128円 | | | | | | |
| | 要支援1・事業対象者 月の利用が1～3回の場合 | 回数 1回あたり | 94円 | 188円 | 282円 | | | | | | |
| | 要支援1・事業対象者 日割りの要件に該当する場合 | 日割 1日あたり | 12円 | 24円 | 36円 | | | | | | |
| | 要支援2・事業対象者 月の利用が8回以上の場合 | 月額 1月につき | 752円 | 1504円 | 2256円 | | | | | | |
| | 要支援2・事業対象者 月の利用が1～7回の場合 | 回数 1日あたり | 94円 | 188円 | 282円 | | | | | | |
| | 要支援2・事業対象者 日割りの要件に該当する場合 | 日割 1日あたり | 25円 | 50円 | 75円 | | | | | | |

エ) その他の加算・減算

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| 中山間地域に居住する方のサービス提供加算 | 通常サービスを提供する地域以外の方は所定金額に5%加算 |
| 高齢者虐待防止未実施減算 | 重要事項6の措置が行われていない場合、所定金額の1%減算 |
| 事業所が送迎を行わない場合 | 片道につき47円減算 |
| 業務継続計画未策定減算 | 感染症や非常災害発生時の計画が未作成の場合、所定金額の1%減算 |

オ) 介護職員等処遇改善加算 1 ア)～エ) について算定された金額の9.2%

カ) 通所型サービスの利用に伴い、介護保険以外に次の料金がかかります。

- ①食事費 1食 600円
 ②タオル・バスタオル代 1回 70円
 タオルのみの場合 1回22円、バスタオルのみの場合 1回48円

※天候悪化、急な利用者様の体調悪化時等で時間を短縮した場合、以下の条件を満たしていれば、減額せず元の計画単位数で算定させていただきます。

- ①当初の計画通り機能訓練、入浴、昼食が済んでいること
 ②3時間以内の時間短縮であること

(2) 利用料金の支払方法

銀行振り込み、口座からの自動引落とし、現金での支払いとなります。

- ①銀行振り込みの方は、毎月月末までにご入金下さい。
 ②口座自動引き落としの方は、毎月27日にご指定の口座から引き落としいたします。

※請求書は毎月15日頃に送付、また領収書はご入金を確認後ご自宅に送付します。

5 サービス内容に関する苦情・その他の相談窓口

(1) 苦情・その他の相談窓口について

当事業者の提供したサービスに対して、ご不満や苦情、相談がある場合には、どんなささいな事でも構いませんので、次の窓口までお申しつけください。

| | |
|---------------------|--|
| ご利用者苦情・ その他ご相談窓口 | ご利用方法 電話 0157-69-5405 面接場所 勤医協デイサービスセンター 対応責任者 管理者 湯浅 健太 ご利用時間 平日 平日9時から17時 |
| 北見市介護福祉課 | ご利用時間 平日 午前8時45分～午後5時30分 ご利用方法 電話 0157-25-1144 面接 北見市介護福祉課 北見市大通西3丁目1番地1 |
| 国民健康保険団体連合会 | ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 011-231-5161 |

(2) 苦情処理の体制及び手順について

- ①苦情が寄せられた場合には、ただちに詳しく状況を把握し、関係する職員等から聞き取り等を行います。
- ②苦情については、事業所として検討し対応します。
- ③寄せられた苦情の内容及び対応の経過等を記録し、再発防止に役立てます。

6 高齢者の人権擁護や虐待防止等について

- (1) 虐待防止対策委員会を開催し、その結果を従業者に周知徹底します。
- (2) 虐待の未然防止、早期発見、虐待等への適切な対応等を定めた指針を整備します。
- (3) 高齢者の人権擁護、虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等を図るため、毎年1回以上、虐待の防止のための研修を行います。
- (4) 上記を推進するための担当 : 施設長 湯浅 健太

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

| | | |
|---------|---------|--------------|
| 利用者の主治医 | 主治医氏名 | |
| | 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 | オホーツク勤医協北見病院 |
| | 所在地 | 北見市常盤町5丁目7-5 |
| | 電話番号 | 0157-26-1300 |
| 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 | |

8 機密の保持

- ①業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合をのぞいて、第三者に漏らすことはありません。
- ②当該事業所の従業者であった者は、正当な理由なくその業務上知りえた利用者及び家族に関する秘密を漏らしません。
- ③前項の規定にかかわらず、サービス担当者会議等の業務遂行やその他の事由により、必要最低限の個人情報を利用する場合は、利用者本人および家族から別途同意をいただくこととします。

9 衛生管理及び感染症、まん延防止等への対応 3

- ①事業所の設備、備品等を清潔に保持し、衛生管理に努めます。
- ②従事者等の健康状態を把握し、定期健康診断などの必要な管理を行います。
- ③従事者は、感染症の防止、食中毒の防止等に関する知識の習得に努めます。
- ④感染対策委員会を設置し、感染症拡大防止、感染予防について取り組みます。
- ⑤感染症等が発生した場合であっても、事業継続計画に沿った対応ができるよう研修及び訓練を行います。

10 非常災害対策

- ①非常災害に備えて消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、責任者を設定して非常災害対策を行います。
- ②年2回以上、防火教育及び消火・通報・避難訓練等の火災訓練、年に1回は大規模自然災害に備え、事業継続計画に沿った研修及び訓練を行います。訓練には地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。
- ③定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行います。

11 事故発生時の対応

- ①サービスを行っている時に、利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行うなどの必要な措置を講じます。
 - ②サービスの提供に事故が発生した場合には、利用者に対し応急処置・医療機関への連絡・搬送等の措置を講じ、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡を行います。
 - ③事故状況及び事故に際して採った処置について記録します。
 - ④事業所の責めに帰すべき事故については、速やかに損害賠償を行います。
 - ⑤事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- *上記④に該当する事故・緊急事態を未然に防ぐための情報共有を、利用者・事業者ともに行いません。

12 身体拘束の禁止について

サービスの提供にあたり、身体的拘束その他の利用者行動を制限する行為を行いません。ただし利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。

13 サービス利用にあたっての禁止行為

- ①職員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為、及びパワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止しています。これらの行為が認められた場合、サービスの中断や契約解除の対象となります。より良い信頼関係が構築できるようご協力ください。
- ②利用者もしくはその家族等が、事業所もしくは職員に現金又は物品を享受することを禁止しています。
- ③事業所に現金（外出レク等で必要な場合を除く）、貴重品を持ち込むことを禁止しています。サービス提供中に紛失等のトラブルがあった場合はサービス提供中であっても一切の責任を負わないものとします。
- ④カッターやナイフ、ライター等危険な物、衛生管理ができない生ものなどの持ち込みを禁止しています。

14 第三者評価の実施について

第三者評価は実施していません。

15 当法人の概要

- | | |
|------------|-------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 オホーツク勤労者医療協会 |
| (2) 法人の所在地 | 北見市常盤町5丁目7番地5 |
| (3) 電話 | 0157-24-1300 |

(4) 代表者氏名

理事長 塚 慎

以 上

年 月 日

◎ 通所サービスの提供開始にあたり、利用者の方または家族の方に本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者> 所在地 北見市常盤町5丁目7番地5
事業所 勤医協デイサービスセンター
説明者氏名 _____ 印

◎ 通所サービスの提供開始にあたり、事業者より本書面に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

<利用者> 住所 _____
氏名 _____ 印

<利用者の代理の方> 住所 _____
氏名 _____ 印