

通所介護重要事項説明書

〈2024（令和6）年4月1日現在〉

当事業所は介護保険の指定を受けています
（滋賀県指定第2571300090号）

当事業所は、利用者に対して通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容について次のとおり説明します。

1. 施設経営法人

| | |
|-------|----------------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人 野洲慈恵会 |
| 法人所在地 | 〒520-2351 滋賀県野洲市富波甲1340番地1 |
| 電話番号 | 077-586-5444 |
| 代表者氏名 | 理事長 奥村 義一 |
| 設立年月日 | 1990（平成2）年11月29日 |

2. 通所介護事業所の概要

| | |
|--------|------------------|
| 事業所の種類 | 指定通所介護 |
| 指定番号 | 滋賀県 第2571300090号 |

（1）事業所の目的

通所介護事業は、介護保険法の規定にもとづき、要介護状態にある高齢者に対し、可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の生活支援および機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

（2）事業所の名称 デイサービスセンターあやめの里

（3）事業所の所在地 滋賀県野洲市吉川3854番地1

（4）電話番号 077-589-8534

（5）ファックス 077-589-6241

（6）管理者 松尾道子

（7）運営方針

本事業の運営に当たっては、日本国憲法第25条、老人福祉法および介護保険法の基本理念にもとづき利用者の人権を尊重し、関係市町、地域の保健、福祉、医療サービス提供者と綿密な連携を図り総合的なサービスの提供を行う。

- (8) 開設年月日 平成12年10月1日
- (9) 利用定員 30人
 (野洲市介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスを含む)
- (10) サービス提供日 月～土曜日
 (但し12月31日～1月3日は休業します)
- (11) サービス提供時間 午前9時00分～午後4時10分
 但し相談・窓口時間は午前8時30分から午後5時30分迄です。
- (12) 事業実施地域 野洲市、守山市、近江八幡市
 ＊上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。
- (13) 設備の概要

| 設備の種類 | 数 | 設備の種類 | 数 |
|----------|----------------|-------|---|
| 食堂兼機能訓練室 | 1 | 静養室 | 2 |
| 浴室 | 一般浴槽と特殊浴槽があります | 相談室 | 1 |
| | | 送迎車 | 4 |

上記は、厚生労働省が定める基準により必置が義務づけられている施設・設備です。

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対し、介護サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

(令和6年4月1日現在)

| 職 種 | 員数 | 常 勤 | | 非 常 勤 | | 指定基準 |
|----------------------|----|-----|---|-------|---|------|
| | | 専 | 兼 | 専 | 兼 | |
| 管理者 | 1 | | 1 | | | 1 |
| 生活相談員 | 3 | 1 | 2 | | | 1 |
| 介護職員 | 8 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 |
| 看護職員 | 5 | | | | 5 | 1 |
| 機能訓練指導員 (看護職員と兼務) | 5 | | | | 5 | 1 |
| 管理栄養士 | 1 | | 1 | | | |
| 歯科衛生士 | 1 | | | | 1 | |

勤務時間

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|-----------------|---------------------------------|
| 生活相談員 介護職員 | 勤務時間 ①8:00~17:00 ②8:30~17:30 |
| 看護職員 機能訓練指導員 | 9:00~16:15 |
| 管理栄養士 | 8:30~17:30 |
| 歯科衛生士 | 標準勤務時間 13:00~16:00 |

4. サービスの内容と利用料金

(1) サービスの概要

| | |
|----------|---|
| 送 迎 | 利用日には、希望により自宅から当施設まで送迎いたします。 |
| 入 浴 | 入浴を行います。一般浴もしくは特殊浴で対応します。 |
| 食 事 | 管理栄養士または栄養士が栄養管理を行い、ご利用者の身体の状態に配慮した食事を提供します。 利用者の自立支援のため食堂にて食事をとっていただきます。 食事時間 12:00より。 |
| 排 泄 | 通所介護計画に基づいて利用者の身体能力に配慮した援助を行います。 |
| 健康管理 | 看護職員が健康管理を援助します。 |
| 生活相談 | 利用者の生活上の相談に応じます。 |
| レクリエーション | レクリエーションプログラムに従って実施します。 |

(2) サービス利用料金

別紙の通りです（別紙1）。

(3) 支払方法

原則的には、別途契約した口座からの引き落としとさせていただきます。利用料金・費用は、前月分の費用を翌月の20日頃までに請求し、末日に指定口座から引き落とします。請求分を口座にご準備ください。お支払いいただきましたら、領収書を発行します。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用の中止

以下の事由に該当する場合、サービス提供をお断りすることやサービス内容を変更する場合があります。

- 利用者がサービス利用を拒否する場合
- 利用当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合
- 他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合
- 台風、降雪時等、警報が出た場合（原則的には、午前7時の時点で特別警報または暴風警報が発令されている場合はお休みとなります。また、利用中警報が発令された、または発令されると見込まれる場合も同様の判断をさせていただく場合があります。
- 下記の状況により1ヶ月以上にわたりサービスが利用できない場合
 - ① 利用者が入院もしくは病気等により1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
 - ② 介護保険施設等への入所により1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
 - ③ 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返したことにより、1ヶ月以上にわたってサービス利用の実績がない場合

なお、この場合は利用者または家族にご連絡させていただいた上でサービス登録を一旦取消させていただく場合があります。その場合、利用者または家族から利用再開の申し出があれば、事業所として利用可否を判断した上で、可能な限りサービス提供を行います。ただし利用者の状態に応じてサービス内容が変更になることや他の利用者の事情等により利用する曜日が変更になる場合があります。

6. 契約の終了について

(1) 利用者からの申し出により契約を終了する場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、利用者から契約の終了を申し出ることができます。その場合には、契約の終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。ただし、以下の場合には、文書でお申し出いただくことにより、直ちに契約を解除することができます。

- ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ② 事業者が守秘義務に反した場合
- ③ 事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ④ 利用者の病変や急な入院などやむを得ない事情がある場合

(2) 事業者からの申し出により契約を終了する場合（中途解約）

以下の事項に該当する場合は、事業者は契約終了日の1ヶ月前までに利用者に文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

- ①事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ②事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- ③事業所が介護保険法に基づく指定を取り消された場合または指定を辞退した場合

(3) 事業者からの申し出により契約を終了する場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合は、事業者は利用者に対して文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

- ①利用者のサービス料金の支払いが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10日以内に支払われない場合
- ②利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合や、利用者の病气、入院、または介護保険施設への入所・入院等により、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
- ③利用者が契約締結時に、その心身の状況および病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④利用者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(4) 以下の事項に該当した場合は、契約は自動的に終了となります。

- ①利用者が指定介護老人福祉施設に入所した場合
- ②利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合
- ③利用者が死亡した場合

7. サービス利用に当たっての禁止行為

利用者や職員に対する下記のハラスメント（著しい迷惑な）行為は固くお断りするとともに、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

事業所の快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします。

| | |
|--------------|---|
| 身体的暴力 | 身体的な力を使って危害を及ぼす行為 例：物を投げつける、叩く、蹴る、唾を吐く、服を引きちぎる、など |
| 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：怒鳴る、威圧的な態度で文句を言い続ける、理不尽なサービスを要求する、差別（的な言動）をする、嫌がらせをする、など |
| セクシュアルハラスメント | 意に沿わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為 例：必要もなく手や胸をさわる、抱きしめる、卑猥な言動を繰り返す、など |

8. サービス利用にあたっての留意事項

| | |
|------------|---|
| 体調等について | お迎え時にお知らせください。ただし利用者やその家族に感染性のある疾患の症状が見られる場合は、利用日の変更をお願いする場合があります。感染性の疾患が疑われる場合は、あらかじめ担当職員までお知らせください。 |
| サービスの中止や変更 | 前日午後5時00分までに当事業所までお知らせください。ただし前日が日曜日の場合、土曜日の午後5時00分までにお知らせください。利用中の変更は状況の判断により緊急連絡での対応を行います。 |
| 食事のキャンセル | 前日午後5時00分までに当事業所までお知らせください。ただし、前日が日曜日の場合、土曜日の午後5時00分までにお知らせください。 |
| 設備や器具の利用 | 車椅子やシルバーカー（老人車）等必要な福祉用具等はデイサービス利用中、必要に応じてご利用いただけます。故意に破損された場合は、原状回復に必要な実費を申し受けます。 |
| たばこ | 当事業所の敷地内は全面禁煙です。 |

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に健康状態が急変した場合は、ご家族または緊急連絡先に連絡し、状況に応じて、主治医に連絡するなど必要な処置を講じます。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村および関係各機関並びに家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. サービス内容に関する苦情

①当センターご利用者相談・苦情担当

担 当 苦情解決責任者 松 尾 道 子
苦情受付担当者 日 比 野 圭 紘
電 話 077-589-8534
FAX 077-589-6241

○第三者委員

当施設では苦情等の解決に当たり、中立的な立場で解決の支援を行う第三者委員を設置しております。第三者委員は定期的に施設を訪問しており、訪問時に苦情や要望などの相

談をすることができます。また直接電話にて相談をすることもできます。（第三者委員の氏名や電話番号等は施設内に掲示しております）

○受付時間 月曜日から土曜日 午前8時30分～午後5時30分

②行政機関その他苦情受付機関

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

| | | |
|---------------------|-----|--------------------------------------|
| 野洲市介護保険課 | 所在地 | 野洲市小篠原2100-1 電話 077-587-6074 |
| 守山市介護保険課 | 所在地 | 守山市下之郷三丁目2番5号 電話 077-582-1127 |
| 近江八幡市福祉保健部 介護保険課 | 所在地 | 近江八幡市土田町1313 電話 0748-33-3511 |
| 滋賀県国民健康保険団 体連合会 | 所在地 | 大津市中央4丁目5-9 電話 077-510-6605（苦情専用） |
| 滋賀県運営適正化委員 会 | 所在地 | 草津市笠山7丁目8-138 電話 077-567-4107 |

上記以外にも各市町村において苦情受付窓口があります。

12. 福祉サービス第三者評価事業

福祉サービス第三者評価事業は実施していません。

13. その他

この重要事項説明書は大切に保管してください。

本書面に基づき、施設のサービスについて重要事項の説明を行いました。

重要事項説明日

令和 年 月 日

事業者 滋賀県野洲市吉川3854番地1
デイサービスセンターあやめの里
管理者 松尾道子 印

説明者 所属 デイサービスセンターあやめの里
氏名

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

本人

住所

氏名

代理人

住所

氏名

利用者との続柄等 ()