

## 「朗友館デイサービスセンター」ご利用にあたっての説明書

当事業所は、ご利用者に対して、介護予防・日常生活支援総合事業（以下『介護予防通所介護サービス』という）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等について、ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として「要支援」と認定された方が対象となります。  
要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### 目次

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金
5. 苦情の受付体制について
6. 緊急対応
7. 事故及び損害賠償等発生時の対応
8. 身体拘束の原則禁止
9. 秘密保持と個人情報の保護について
10. 情報提供に関する同意について
11. 高齢者虐待防止について

### 1. 事業者

- (1) 法人名          社会福祉法人    おおとり福祉会
- (2) 法人所在地      堺市西区鳳東町6丁659番地1
- (3) 電話番号          (072) 275-1555
- (4) 代表者名          理事長 山本 鉄也
- (5) 設立年月        昭和61年10月30日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
- (2) 事業所の目的 指定通所介護は、介護保険法令に従い、利用者が、その有する能力に応じ、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に支援することを目的として、介護予防通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 朗友館デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 堺市西区鳳東町6丁659番地1
- (5) 電話番号 072-275-1555
- (6) 事業所管理者 小林 建次
- (7) 事業所の運営方針 利用者が、可能な限り、その有する能力に応じ、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に配慮して、機能訓練及び必要な日常生活上の支援を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消、心身機能の維持、及び利用者の家族の身体的精神的負担の軽減をめざす。
- (8) 開設年月 平成4年5月1日
- (9) 事業の実施地域 堺市 ただし堺区管内と西区管内とする
- (10) 営業日及びサービス提供時間 月、水、木、金、土  
(火、日及び12月30日～1月3日は休み)  
10時00分～16時15分
- (11) 利用定員 43人

## 3. 職員の配置状況

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職種          | 人員   |
|-------------|------|
| 1、事業所長（管理者） | 1名   |
| 2、生活相談員     | 1名以上 |
| 3、介護職員      | 4名以上 |
| 4、看護職員      | 1名以上 |
| 5、機能訓練指導員   | 1名以上 |

#### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスについて

- (1) 利用料金が、介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額が、ご利用者の負担となる場合

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

選択的サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容については、介護予防サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで介護予防通所介護計画に定めます。

##### <サービスの概要>

###### 共通的サービス

- ①食事 （利用者の心身の状況に応じて、キザミ食、ミキサー食、かゆ食等を、豊富な献立で、おいしく楽しい昼食を提供します。）
- ②送迎

###### 選択的サービス

- ①運動機能向上サービス（利用者の心身等の状況に応じて、運動機能向上計画を作成し、運動の機能向上のための訓練を実施します。）
- ②栄養改善サービス（利用者の栄養状態、摂食・嚥下機能の状態等に応じて、栄養ケア計画を作成し、栄養状態を改善するためのサービスを実施します。）
- ③口腔機能の向上サービス（利用者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るためのサービスを実施します。）

##### <サービスの利用頻度>

利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画に沿いながら、利用者との協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。

ただし、利用者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

##### <サービス利用料金（1回あたり）>

利用者の要支援度に応じた利用料金から、介護保険給付額を除いた金額（1割をお支払いください。）別紙をご覧ください。

※ 利用者が、まだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。後に、要支援の認定を受けた方は、自己負担を除く金額が、介護保険から払い戻されます（償還払い）。

また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の自己負担額が変更になります。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が、利用者の負担となります。

### <サービスの概要と利用料金>

別紙料金表のとおり。

※介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が利用者の負担となります。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

## (3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の利用料金・費用は一ヶ月毎に計算し、請求します。

原則、ご利用口座からの自動引落としにてお支払いください。

## (4) 利用の中止、変更、追加

・利用予定日の前に、利用者の都合により、介護予防通所介護サービスの利用を、中止又は変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の7日前までに、申し出てください。

・月のサービス利用日や回数については、利用者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

・利用者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は介護予防通所介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

・利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

・月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

①月途中で要介護から要支援に変更となった場合

②月途中で要支援から要介護に変更となった場合

③同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

## 5. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

電話番号 (072) 275-1555

FAX (072) 275-1775

受付時間 月、水、木、金、土曜日 午前9:00～午後5:00

受付担当者 生活相談員

### (2) 行政機関その他苦情の受付機関

#### 各区役所地域福祉課介護保険係

◆ 西区・・・ 電話 (072) 275-1912 FAX (072) 275-1919

◆ 中区・・・ 電話 (072) 270-8197 FAX (072) 270-8103

◆ 堺区・・・ 電話 (072) 228-7520 FAX (072) 228-7870

受付時間 月、火、水、木、金曜日 午前9:00～午後5:00

#### 【堺市健康福祉局 長寿社会部 介護保険課】

電話 (072) 228-7513 FAX (072) 228-7853

受付時間 月、火、水、木、金曜日 午前9:00～午後5:30

#### 【大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室 介護保険課】

電話 (06) 6949-5418 FAX (06) 6949-5417

受付時間 月、火、水、木、金曜日 午前9:00～午後5:00

### (3) 苦情処理の体制及び手順

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握する為に必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

## 6. 緊急対応

サービス提供時に、利用者には、緊急の事態が生じた場合、下記に連絡します。

但し、連絡がとれなかった場合や、急を要する場合は、事業者等の判断に拠ることとします。

|     |         |
|-----|---------|
| 主治医 | 利用者の主治医 |
|     | 所属医療機関名 |
|     | 所在地     |
|     | 電話番号    |

|             |             |    |
|-------------|-------------|----|
| 連<br>絡<br>先 | 第一連絡先<br>氏名 | 続柄 |
|             | 住所          |    |
|             | 電話番号        |    |
|             | 第二連絡先<br>氏名 | 続柄 |
|             | 住所          |    |
|             | 電話番号        |    |

#### 7. 事故及び損害賠償等発生時の対応

利用者に対する介護予防通所介護サービスの提供により、事故が発生した場合には速やかに保険者、利用者の家族等に連絡すると共に、必要な措置を講ずるものとします。

事業者等は、契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責めに帰すべき事由により、利用者に生じた損害について、その責任の範囲において賠償する責任を負うものとします。

また契約者は、契約に基づくサービスの提供を受けるに伴って、自己の責めに帰すべき事由により、事業者等、又は他の利用者に生じさせた損害について、その責任の範囲において賠償する責任を負うものとします。

#### 8. 身体拘束の原則禁止

事業者等は、利用者の人としての尊厳や意思を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供のため、身体拘束は原則的に行わないものとします。利用者、または他の利用者の生命及び身体を保護する為、緊急やむを得ず、身体拘束を行う場合は、他の方法が無いかを十分に検討した上で、利用者・家族の同意を得るものとし、その対応及び時間・その際の利用者の心身の状況・緊急やむを得なかった理由等を記録するものとします。

#### 9. 秘密保持と個人情報の保護について

- (1) 事業者及び従事者（以下『事業者等』という）は、通所介護サービスを提供する上で知り得た、利用者及びその家族（以下『利用者等』という）に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この秘密を保持する義務は、契約終了後、及び事業者らが退職後も継続します。
- (2) 事業者等は、利用者に処遇必要性があると判断した場合には、医療機関等に利用者等に関する心身等の情報を提供できるものとします。また事業者等は、利用者が診療・検査を受けた医師や医療機関から、必要情報の提供を受けることができるものとします。
- (3) 事業者等は、適切な介護サービス提供のため、居宅介護支援事業者や他の事業者と連携を図るなど、正当な理由がある場合には、サービス担当者会議等において、義業者等の判断により利用者等の個人情報を用いることができるものとします。
- (4) 事業者等は、利用者に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報、及び伝送情報を含

む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

#### 10. 情報提供に関する同意について

利用者は、9.(2)(3)に係る情報提供に同意するものとします。

生じた損害について、その責任の範囲において賠償する責任を負うものとする

また契約者は、契約に基づくサービスの提供を受けるに伴って自己の責めに帰すべき事由により、事業者等、又はたの利用者に生じさせた損害について、その責任の範囲において賠償する責任を負うものとする。

#### 11. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次のとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

指定介護予防通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき利用にあたっての説明を行いました。

令和 年 月 日  
事業者 社会福祉法人おおとり福祉会  
理事長 山本 鉄也 印  
事業所 朗友館デイサービスセンター  
説明者 印

私は、本書面に基づいて、事業所から利用にあたっての説明を受け、指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所  
氏名 印  
代理人 住所  
氏名 印 続柄 ( )