

# デイサービスやまもと 重要事項説明書

2024年8月1日更新

通所介護サービス提供の開始にあたり、当事業者が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

事業者の名称	佐賀県医療生活協同組合
事業者の所在地	佐賀県佐賀市神野東4丁目10-5
法人種別	生協法人
代表者名	愛野 浩生
電話番号	0952-31-1249

## 2. ご利用の事業所

事業所の名称	デイサービスやまもと
事業所の所在地	佐賀県唐津市山本1398-1
管理者の氏名	唯松 直樹
電話番号	0955-78-3012
ファクシミリ番号	0955-78-3019
指定年月日	平成19年12月1日
指定事業所番号	4190200644

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	佐賀県医療生活協同組合が開設するデイサービスやまもとが行う地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業者の生活相談員及び看護師、准看護師等の看護職員、介護職員、機能訓練指導員が、要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）にある高齢者等に対して適正な通所型サービスを提供することを目的とします。
施設運営の方針	1. デイサービスやまもとの従事者は、要介護者（要支援者）の心身の特性を踏まえて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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的・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います。 2. 事業の実施に当たっては、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

#### 4. 職員の職種、人数および職務内容

職員の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格の内容
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
生活相談員	1	1	1				1以上	介護支援専門員
看護師、准看護師	2			2			1以上	看護師、准看護師
介護職員	4	1	1	2			2以上	介護福祉士、2級ヘルパー
調理員	2			2				

#### 5. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務時間	休暇
生活相談員	勤務時間帯 (08:20～16:30, 09:20～17:30) 常勤で勤務	4週7休
看護師	勤務時間帯 (08:20～12:50) 非常勤で勤務	
介護職員	勤務時間帯 (08:20～16:30, 09:20～17:30) 常勤・非常勤で勤務	4週7休
調理員	勤務時間帯 (08:50～13:20) 非常勤で勤務	

#### 6. 営業日

営業日	月曜日から土曜日までとします。ただし、1月1.2日を除きます。
サービス提供時間	月曜日から土曜日の午前9時20分～午後4時30分までとします。

#### 7. 利用定員

利用定員	地域密着型通所介護 18人 (介護予防通所介護相当をも含む)
	通所型サービスA 6人

#### 8. 通所サービスの内容

##### ① 通所介護の場合

地域密着型通所介護	自宅から事業所までの送迎。移動、排泄、食事等の日常生活行為の援助及び精神機能の活性化を図ります。	送迎 生活介助 アクティビティ	要介護1 753単位 要介護2 890単位 要介護3 1,032単位 要介護4 1,172単位 要介護5 1,312単位
入浴介助加算	入浴行為の自立にむけたサービス計画にもとづいた介助を行います。	入浴介助	1日につき 40単位
若年性認知症利用者受入加算			1日につき 60単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)			1回につき 18単位
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)			1月につき 所定単位の8.0%
科学的介護推進体制加算			1月につき 40単位

## ② 介護予防通所介護相当サービスの場合

種類	内容	提供方法	サービス単価
介護予防通所介護	自宅から事業所までの送迎。移動、排泄、入浴、食事等の日常生活行為の援助及び精神機能の活性化を図ります。	送迎 生活介助 アクティビティ	要支援1（1月につき） 1,798単位 要支援2（1月につき） 3,621単位
生活機能向上グループ活動加算	計画的にレクリエーション、機能訓練等を行います。	グループ活動	1月につき 100単位
若年性認知症利用者受入加算			1月につき 240単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ			要支援1（1月につき） 72単位 要支援2（1月につき） 144単位
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）			1月につき 所定単位の8.0%
科学的介護推進体制加算			1月につき 40単位

## ③ 通所型サービスAの場合

種類	内容	提供方法	サービス単価
通所型サービスA	自宅から事業所までの送迎。運動やレクリエーション、入浴、食事の提供を実施し、精神機能の活性化を図ります。	送迎 アクティビティ	1月につき 1,798単位
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）			1月につき 所定単位の5.9%
介護職員等ベースアップ等支援加算			1月につき 所定単位の1.1%

## 9. 費用

### （1）法定外給付

区分	利用料	
食事費用	○1食につき（食材料費＋調理費）	550円
アクティビティ費用	○費用が発生した場合	実費
オムツ代	○事業所で用意した場合	実費

## 10. 事業の実施地域

通常の実施地域	唐津市
---------	-----

## 1 1. 苦情等申立先

デイサービスやまもと相談窓口	窓口担当者 唯松 直樹 ご利用時間 月～土曜日 午前9時～午後5時 ご利用方法 事業所窓口での面談 電話 0955-78-3012 FAX 0955-78-3019
唐津市保健福祉部高齢者支援課	〒847-8511 唐津市西城内1番1号 電話 0955-70-0102 FAX 0955-73-8451
佐賀県国民健康保険団体連合会 介護保険課	ご利用時間 月～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (土曜日、日曜日、休日、12/29～1/3を除く) ご利用方法 電話 0952-26-1477 FAX 0952-26-6123 Eメール <a href="mailto:kaigokujou@sagakokuho.or.jp">kaigokujou@sagakokuho.or.jp</a>

## 1 2. 協力医療機関

協力医療機関	医療機関の名称	きりの内科・小児科医院
	所在地	唐津市山本1560
	電話番号	0955-78-0021

## 1 3. 秘密保持

従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族等の秘密を保持します。サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、家族等の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得ておくこととします。

## 1 4. 衛生管理等

事業所において感染症が発生、または蔓延しないように次に掲げる対策を実施します。

- ①事業所における感染症の発生及び蔓延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に一回以上開催するとともにその結果について従業者へ周知徹底します。
- ②事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備していきます。
- ③従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修会及び訓練を定期的に行います。

## 1 5. 業務継続計画 (BCP) 策定等について

- ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA）の提供を継続的に実施するための及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該事業継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ②従業者に対し、業務継続計画について周知し必要な研修と訓練を定期的に行います。
- ③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実施します。

## 16、身体拘束等の適正化の推進

身体拘束等の適正化を図るため次に掲げる措置を講じるものとします。

- 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3月に1回以上開催し、その結果を従業者に対し、周知徹底します。
- ②身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ③従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施します。
- ④上記③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設けます。

## 17、認知症に関する研修について

認知症の利用者様及びその家族様への質の高い介護を目指し、地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA）従業者の資質向上のため認知症の研修を実施します。

## 18、ハラスメント対策について

適切な地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA）のサービス提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な言動を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害される事を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるとともに、就業者へ定期的な研修を実施する。

## 19、損害賠償

利用者に対する地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当、通所型サービスA）の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償をすみやかに行います。ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

### 【説明確認欄】

年 月 日

通所介護（介護予防通所介護）サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 佐賀県医療生活協同組合 デイサービスやまもと

説明者 \_\_\_\_\_

通所介護（介護予防通所介護）サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 氏 名 \_\_\_\_\_

代理人又は署名代行者 氏 名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_

署名代行の理由 \_\_\_\_\_