

社会福祉法人 一真会
地域密着型通所介護事業所 / 炭酸の湯 ほっとデイ 花むつみ

重 要 事 項 説 明 書

<p>介護保険の指定を受けています 地域密着型通所介護 指定年月日 : 平成26年4月1日 (横手市指定 : 第0570322586号)</p>
--

当事業所は、地域密着型通所介護サービスの開始にあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1.炭酸の湯 ほっとデイ 花むつみ の概要

(1)事業主体

法 人 名	社会福祉法人 一真会
代 表 者 名	理事長 佐々木良和
法 人 所 在 地	〒019-0514 秋田県横手市十文字町睦合字川井川47番地
電話番号/FAX	TEL 0182-55-3315 / FAX 0182-55-3316
Eメールアドレス	hanamutsumi@isshin-group.net
設 立 年 月 日	平成22年5月12日
法 人 の 理 念	私たちは、生活の基準のすべてをお客様に負っている事を自覚し、お客様一人ひとりの人権・人間性を重んじその人らしい生活を過ごすことができるようあらゆる面から支援します。 福祉は究極のサービスととらえ、地域のベスト介護・福祉事業者を目指す法人としてお客様へ最も優れたサービス(人財)を提供することにより、人々の豊かでゆとりある生活・文化の向上と地域社会の発展に貢献する。

(2)事業所の概要

事業所の名称	炭酸の湯 ほっとデイ 花むつみ	
事業所の管理者	芳賀裕子	
開設年月日	平成26年4月1日	
介護保険 事業所指定	種類	地域密着型通所介護
	番号	0570322586
事業所の所在地	〒019-0514 秋田県横手市十文字町睦合字宿屋布14番地8	
電話番号/FAX	TEL 0182-23-5678 / FAX 0182-23-5678	
交通の便	国道13号線から主要地方道 羽後十文字線を羽後方面へ車で7分	
面積	敷地面積: 347㎡	
建物概要	構造: 木造平屋建て 延べ床面積: 119㎡	
損害賠償責任保険	損害保険ジャパン日本興亜株式会社	

(3)主な設備の概要

食堂・居間	約23畳/38.09㎡ (1人当たり3㎡以上)
トイレ	車椅子対応トイレ1箇所 男性用トイレ1箇所
浴室	個浴1室 (人工炭酸泉完備)
静養室	1室 (6畳和室)
機能訓練室	1室 (6畳和室)
相談室兼事務室	1室 (16.56㎡)

(4)運営の方針

- 1 指定地域密着型通所介護の提供に当たって、要介護状態の利用者に可能な限り住み慣れた地域での居宅において、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の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う。
- 2 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 4 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療・福祉サービスを提供する者及び地域住民との連携に努めるものとする。
- 5 指定地域密着型通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等へ情報の提供を行う。
- 6 前各項に定めるもののほか、「横手市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例」(平成24年横手市条例第40号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

2.事業実施地域、営業時間、定員等

営業日	営業日：月曜～金曜(年末年始12/30～1/3除く)
営業時間	基本 9時30分～16時30分
通常の事業実施地域	横手市全域
定員	1日あたり 10名

3.従業者の職種、員数及び職務の内容等

(1)業者の職種、員数及び職務内容 ()人数は兼務を表します。

職種	常勤	非常勤	職務内容
管理者	(1)		施設の管理運営・職員指導等
生活相談員	1		サービス計画の作成、サービスの調整、相談業務
介護職員	2		主として、利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います
看護職員		(1)	主として、利用者の健康管理や療養上の看護を行います。日常生活上の介護、介助も行います。
機能訓練指導員		1	日常生活に必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。

※勤務体制としては、全職員8:30～17:30勤務となります。

4.サービスの概要

送迎	利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。
健康チェック	血圧測定、体温測定、体重測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
入浴	利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。 入浴サービスについては任意です。
食事	食事の提供及び食事の介助をします。食事は原則として、共同生活室(リビング)でとっていただくよう配慮します。身体状況、嗜好、栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。調理、配膳等を介護従事者とともにすることもできます。食事サービスの利用は任意です。
排泄	利用者の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
趣味活動	利用者の希望に沿って、各種レクリエーション等も含め活動を行います。

生活相談	利用者及びその家族の日常生活における介護・環境整備・手続き等に関する相談、助言を行います。
------	---

5. サービス利用料金

- (1) 利用料金は別紙「サービス利用料金表」のとおりです。
(2) 利用料金の支払い方法

利用料、その他の費用の請求	利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日迄に利用者あてにお届けします。
利用料、その他の費用の支払	請求書が届いた月の翌月の4日(日、祝祭日の場合翌日)に契約者指定の口座より自動口座引き落としさせていただきます。引き落とし手数料120円は利用者負担となります。

6. 非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 事業所は、消防法令に基づき、防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、災害・非常時に備えて必要な設備を設けるものとする。 2. 事業所は、消防法令に基づき、消防計画をたて、職員及び利用者が参加する消火、通報及び避難訓練を原則として少なくとも年に1回は実施する。 3. 利用者は健康上又は防災上等の緊急事態に気づいたときは、最も適切な方法で、職員に事態の発生を知らせる。 4. 事業所の火災通報装置は、煙感知や熱感知の作動によって自動的に事業所内に通報される装置となっており、その後職員が消防署はじめ関係機関に連絡いたします。
平常時の訓練等	消防避難訓練 年2回
消防計画等	自衛消防隊を組織し、消防計画に基づき対応します。 防火管理者：花むつみ総務課長 松川俊之

7. 事故発生時及び緊急時の対応方法

事故発生時の対応方法	事業所が利用者に対して行う通所介護(総合事業通所介護)の提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行ったサービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。事故については、事業所として事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。
利用者の病状の急変等の緊急時の対応方法	サービス提供中に、利用者の体調悪化時や病状の急変等の緊急時には、利用者の家族へ連絡し、必要な場合には主治医と連携し必要な措置を速やかに講じます。また、利用者のケアマネジャーに速やかに報告させていただきます。病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することがあります。

8. 連携施設等

連携介護老人福祉施設等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別養護老人ホーム花むつみ (隣接) ・ 小規模多機能型居宅介護花むつみ (隣接) ・ 風薫る宿 花むつみ (短期入所) (隣接) ・ 介護の相談所(居宅介護支援)花むつみ 所在地：横浜市十文字町睦合字川井川47番地 電話：0182-55-3315
-------------	--

9. 秘密の保持と個人情報の保護

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。
従業者に対する秘密の保持について	就業規則にて従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しており、「個人情報保護に関する誓約書」を結んでおります。
個人情報の保護について	事業所は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業所は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

10. 地域密着型通所介護計画

地域密着型通所介護サービスは、利用者一人一人の人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、地域での暮らしを支援するものです。

事業所の生活相談員は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者と協議のうえで地域密着型通所介護計画を定め、また、その実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明のうえ交付します。

(1) サービス提供に関する記録について

サービス提供に関する記録は、その完結の日から5年間保管します。また、利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。

複写物の交付は、実費をご負担いただきます。（1枚につき白黒10円）

11. 身体的拘束等について

事業者は、当該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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

12. 苦情処理の体制

苦情処理の体制及び手順	苦情又は相談があった場合は苦情を整理し、苦情解決委員会を開いて改善策を講じます。又、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じて訪問を実施し、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。 苦情解決委員会は、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、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。苦情又は相談については事業所として苦情相談の内容・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。
事業所苦情相談窓口	窓口担当者： 管理者 芳賀裕子 ご利用時間： 月曜日から金曜日 8:30～17:30 また、苦情受付箱「ご意見箱」を玄関に設置しています。
苦情解決第三者委員	当法人では苦情解決第三者委員を設置しております。

行政機関その他の 苦情受付窓口	1	名 称	横手市市民福祉部 まるごと福祉課
		所在地	秋田県横手市中央町8番2号
		電話番号	TEL0182-35-2134 FAX0182-32-9709
		受付時間	午前9時から午後5時まで（月～金曜日）
	2	名 称	秋田県国民健康保険団体連合会
		所在地	秋田市山王四丁目2-3
		電話番号	TEL018-862-6864 FAX018-883-1551
		受付時間	午前9時から午後5時まで（月～金曜日）
	3	名 称	秋田県運営適正化委員会 （秋田県福祉相談支援センター）
		所在地	秋田市旭北栄町1-5
		電話番号	TEL018-864-2726 FAX018-864-2742
		受付時間	午前9時から午後5時まで（月～金曜日）

1.3.衛生管理

(1)衛生管理について

事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。また、空調設備により適温の確保に努めています。

従業員の健康管理を徹底し、従業員の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、従業員に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。利用者にも手洗い、うがいを励行させていただきます。

(2)感染症対策マニュアル

〇ー157、ノロウィルス、インフルエンザ等の感染症対策マニュアルを整備し、従業員に周知徹底しています。また、従業員への衛生管理に関する研修を年2回以上行います。

1.4.高齢者虐待防止について

(1)高齢者虐待防止等のための取り組み

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

①研修等を通じて、従業員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従業員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業員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。

1.5.利用にあたっての留意事項

被保険者証の提示	サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
サービス提供中	気分が悪くなったときは、速やかに申し出てください。
食 事	食事は、隣接事業所より配達となっております。 栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
入 浴	入浴サービスについては任意です。 利用者の希望や健康状態に配慮いたします。
送 迎	事業所で送迎いたします。サービス計画によっては、家族の協力をお願いすることがあります。
設備・備品の使用	事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。本来の用法に反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また無断で他の利用者の宿泊室に立ち入らないようにして下さい
飲酒、喫煙	飲酒はご遠慮ください。喫煙は決められた場所をお願いします。

所持品の持ち込み	高価な貴重品や大金はこちらで管理できません。
動物の持ち込み	ペットの持ち込みはお断りいたします。
宗教活動、政治活動	事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

16.提供するサービスの第三者評価実施の有無 : なし

17.その他

(1) 法人の他の運営事業

当法人では、隣接して次の事業を実施しています。

- ①特別養護老人ホーム花むつみ(定員 29 名)
- ②風薫る宿花むつみ (定員 28 名) ショートステイ
- ③小規模多機能型居宅介護花むつみ(登録定員 25 名)
- ④居宅介護支援 介護の相談所花むつみ

<サービス利用料金>

1.介護保険サービス

(1)地域密着型通所介護

単位:円

区 分		3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満	
基 本 部 分	要介護1	1割	416	436	657	678	753	783
		2割	832	872	1,314	1,356	1,506	1,566
		3割	1,248	1,308	1,971	2,034	2,259	2,349
	要介護2	1割	478	501	776	801	890	925
		2割	956	1,002	1,552	1,602	1,780	1,850
		3割	1,434	1,503	2,328	2,403	2,670	2,775
	要介護3	1割	540	566	896	925	1,032	1,072
		2割	1,080	1,132	1,792	1,850	2,064	2,144
		3割	1,620	1,698	2,688	2,775	3,096	3,216
	要介護4	1割	600	629	1,013	1,049	1,172	1,220
		2割	1,200	1,258	2,026	2,098	2,344	2,440
		3割	1,800	1,887	3,039	3,147	3,516	3,660
	要介護5	1割	663	695	1,134	1,172	1,312	1,365
		2割	1,326	1,390	2,268	2,344	2,624	2,730
		3割	1,989	2,085	3,402	3,516	3,936	4,095
加 算 部 分	加算内容			単位	1割	2割	3割	
	入浴介助加算	I	日	40	80	120		
		II	日	55	110	165		
	生活機能向上連携加算	I	月	100	200	300		
		II	月	200	400	600		
	個別機能訓練加算	Iイ	日	56	112	168		
		Iロ	日	85	170	255		
		II	日	20	40	60		
	ADL維持加算	I	月	30	60	90		
		II	月	60	120	180		
		III	月	3	6	9		
	認知症加算		日	60	120	180		
	若年性認知症利用者受入加算		日	60	120	180		
	口腔・栄養スクリーニング加算 ※6か月に一回限り	I	月	20	40	60		
		II	月	5	10	15		
科学的介護推進体制加算		日	40	80	120			
中山間地域等サービス提供		日	所定単位数の5%					
サービス提供体制強化加算	I	日	22	44	66			
	II	日	18	36	54			
	III	日	6	12	18			
介護職員等処遇改善加算 I		月	所定合計単位数*9.2%=利用料					

※送迎を必要とされない場合は▲47円となります。

※加算部分の①～③は、積算金額の1～3割が利用者負担額となります。

※その他の加算項目については介護保険法に準拠します。

※加算については要件に合致した加算のみに算定されます。

※上記の利用者負担額の1～3割については、ご利用者の負担割合証に記載された割合に応じた額となります。

2.介護保険サービス以外

項 目	単 位	料 金
食 費	1 食	6 1 5 円
おむつ代	個	実費（持参されない場合）
レクリエーション費		実費（特別な材料費等の場合）
通常の事業実施地域を越える送迎費用		通常の実施地域を越えての送迎については、実費を頂 く場合があります。

※利用料金は、1ヶ月ごとに計算し翌月10日過ぎに請求書を発行します。原則として口座より自動引き落とし（請求書到着月の翌月4日）とさせていただきます。

引き落とし事務手数料（120円）は利用者様負担となります。

【緊急時連絡先一覧】

令和 年 月 日			
ご利用者名		様	
主治医		病院名	医師名
ご家族等	連絡先区分	家族・身元引受人・他 ()	
	氏名	様	
	住所		
	電話番号	— —	
特記事項			

【重要事項説明確認・同意欄】 (※押印不要 ※自署)

私は、「炭酸の湯ほっとデイ花むつみ」のサービス提供の開始に際し、本書面に基
づき重要事項の説明を行い、交付いたしました。

令和 年 月 日

〈説明者〉炭酸の湯ほっとデイ花むつみ
生活相談員

私は、「炭酸の湯ほっとデイ花むつみ」のサービス提供の開始に際し、本書面に基
づき重要事項の説明及び本書面の交付を受け、サービスの提供を受けることに同意し
ました。

令和 年 月 日

〈利用者〉氏 名 _____

〈利用者の家族代表〉氏 名 _____

〈代理人(※上記と同じ場合は省略)〉氏 名 _____