

重 要 事 項 説 明 書

デイサービスセンターももハウス

あなたに対する介護サービス提供開始に当たり、厚生省令第37号第96条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は、次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 函館厚生院
法人所在地	北海道函館市本町34番8-1号
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 高田 竹人
電話番号	0138-51-9588

2 事業所

事業所の名称	デイサービスセンターももハウス 通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）
事業所の所在地	北海道函館市赤川町390番地の2
事業所の管理者	工藤 希幸
電話番号	0138-47-3331
FAX番号	0138-47-6660

3 事業所であわせて実施する事業

事業の種類	指定年月日	指定番号	利用定数
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	平成22年4月1日	北海道0171402522号	60人
短期入所生活介護 （介護予防短期入所生活介護）	平成22年4月1日	北海道0171402522号	10人

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法等関係法令に従い、サービス計画に基づき、利用者へ必要な日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努めるものとする。
-------	--

施設運営の方針	当施設にあつては、個人の人格、尊厳と自由を尊重し利用者本位のサービスを提供するとともに、居宅介護事業者等との密接な連携も加味した適切な健康管理を行い、ADLの維持・向上に努めるとともに、個々の意見やニーズをとらえ、安全かつ安心して快適な生活を送れるよう支援します。
---------	--

5 事業所の概要

(1) 敷地及び建物

敷地	6,083.20㎡（隣接施設と共有）
建物	構造 鉄筋コンクリート造2階建（耐火建築）
	延べ床面積 3,317.06㎡（介護老人福祉施設、短期入所生活介護と共用）
	利用定員 25名

(2) 営業日及び営業時間

	サービス提供の曜日・時間	備考
営業日	月曜日から金曜日まで	年末12月30日～1月3日は休業日となります。
営業時間	午前8時00分～午後5時00分	サービス提供時間は、午前9時20分～午後3時30分となっております。

（注）介護保険算定項目の、通常規模型通所介護費 6時間以上7時間未満に該当

(3) 主な設備

設 備 の 種 類	数	面 積
一般浴室	1	41.01㎡
静養室（1階）	1	27.80㎡
デイホール（機能訓練・食堂・事務コーナー）	1	119.13㎡
相談室（会議室兼用）	1	29.76㎡

（注）介護老人福祉施設、短期入所生活介護と一部共用

6 職員体制（主たる職員）

職 種	員 数	職 務 内 容
管 理 者	1人	事業所職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。 生活相談員兼務、 介護老人福祉施設管理者兼務
生活相談員	1人以上 （うち1人は常勤）	利用者及び家族に対し必要な相談業務を行う。
介護職員	3人以上 （うち1人以上は常勤）	利用者に対し必要な介護及び日常生活の支援、送迎を行う。
看護職員	1人以上	利用者に対し、必要な支援（健康管理、医療との連携支援）を行う。
機能訓練指導員	1人以上	利用者が日常生活を営むのに必要な訓練指導を行う。

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休暇
施設長	日勤（０８：３０～１７：００）常勤で勤務	４週８休
生活相談員 介護職員	日勤①（ ０８：００～１６：３０ ） 日勤②（ ０８：３０～１７：００ ） 非常勤①（ ０９：３０～１６：３０ ） 非常勤②（ ０８：００～１２：３０ ）	４週８休
看護職員 機能訓練指導員	日勤①（ ０８：００～１６：３０ ） 非常勤①（ ０８：３０～１２：３０ ） 非常勤②（ １２：００～１６：３０ ）	４週８休

8 介護サービスの概要

（１）介護保険給付サービス

種 類	内 容
食事の介助	・献立表により、栄養と季節感に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。（食事時間）１２：００～
排泄の介助	・利用者の状況に応じて適切な排泄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。
入浴の介助	・利用者の身体状況とその日の健康状態をチェックし入浴して頂きます。
機能訓練	・機能訓練指導員等により利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	・施設に到着後、検温、血圧測定等の健康状態の確認を行います。 ・緊急等必要な場合には主治医又は協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。
相談及び援助	・当施設は、利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口）主任支援相談員 京谷 浩和
レクリエーション行事等	・当施設では、施設での生活を充実したものとするために、行事やレクリエーションを企画して実施します。
送迎	・施設の送迎車により、事業所と自宅との間を行います。

（２）介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
食費の提供に要する費用	食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。
レクリエーション費用	通所介護において提供される便宜のうち、利用者の希望により実施した特別なレクリエーションに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は、利用者負担となります。
その他の費用	通所介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は、利用者負担となります。

9 利用料

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (介護サービス費の負担割合証の記載割合額)
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (介護サービスの基準額に同じ) この場合利用者には、その全額をいったん支払っていただきます。

※介護サービス費についてはサービス料金表を参照願います。

※社会福祉法人利用者負担軽減確認証を提示された方は、記載された減額率が減額となります。

※介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度の都合上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額利用者負担となります。なお、介護保険外のサービスとなる場合には、サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。

10 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者 介護主任 山本 弥 ご利用時間 毎日午前8時00分～午後17時00分 ご利用方法 電話 47-3331で上記時間帯受け付け 面接 電話で希望日、時間調整の上、実施 御意見箱（食堂に設置）
第三者委員 (WRM 委員)	赤川町会在宅福祉委員副委員長 平野 律子氏 赤川町会在宅福祉委員 芝田 光子氏
函館市福祉部 高齢福祉課	函館市東雲町4番13号 21-3025
国保連合会総務部 介護・障害者支援課	札幌市中央区南2条西14丁目 011-231-5161
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 3階 011-204-6310

※ 当事業所の苦情対応等の仕組みについては別紙を参照願います

11 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「ももハウス防火管理規程」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	同一敷地内、老人保健施設もも太郎と非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等防災設備	別途定める「ももハウス 防火管理規程」に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個所
	スプリンクラー	あり	誘導灯	24個所
	避難階段	2個所	非常通報装置	あり

	自動火災報知機	あり	非常用照明	あり
	カーテン、マットレス等は、防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：令和4年4月1日 防火管理者：山本 弥			

1 2 緊急時の対応

サービス提供中の 緊急時対応	サービスの提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合やその他必要な場合には、速やかにご家族又は指定の緊急連絡先にご連絡をするとともに、利用者の主治医等に連絡を取り、救急治療あるいは入院等の措置が受けられるようにいたします。
-------------------	--

1 3 事故発生時の対応及び損害賠償

サービス提供中の 事故の対応	サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族又は身元引受人にご連絡をし、必要な措置を講じます。 さらに居宅介護支援事業所及び函館市並びに北海道渡島総合振興局等関係機関等に連絡をすることになっております。
サービス提供中の 賠償すべき事故の 対応	サービスの提供により利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天変地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。 ただし、当該事故の発生につき、利用者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減ずることがあります。
補償の制度	当施設は万一の事故の発生に備えて、社会福祉施設総合損害補償制度に加入しております。

1 4 当施設ご利用の際に留意いただく事項

喫煙	喫煙は決められた場所で行います。
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願います。
宗教活動・政治活動・営利活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
動物の持ち込み及び飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はご遠慮ください。

1 5 第三者評価の実施状況（有・**無**）

（実施年月日） _____ 評価機関 _____

（評価結果） _____

16 サービス料金表

利用料金	6時間以上7間未満	要支援・事業対象者	要介護
		基本料金	基本料金
		要支援 1 1,798 円 要支援 2 3,621 円	要介護 1 584 円 要介護 2 689 円 要介護 3 796 円 要介護 4 901 円 要介護 5 1,008 円
	加算	科学的介護推進体制加算Ⅰ (40 円/月) サービス提供体制強化加算 88 円または 176 円/月	個別機能訓練加算Ⅰ (76 円/回) 個別機能訓練加算Ⅱ (20 円/月) 科学的介護推進体制加算Ⅰ (40 円/月) サービス提供体制強化加算 22 円/日 入浴介護加算 (Ⅰ) 40 円/回
			送迎減算 47 円/片道
共通加算	共通加算	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	サービス合計金額×9.2%

※各サービスの利用料金は、介護保険負担割合証の記載割合額に応じて異なります。

その他の費用（通所介護・第1号通所事業共通）

食事代	昼食	600 円/食
レクリエーション費用	利用者の希望により実施した特別なレクリエーションに要する費用で、利用者が負担する事が適当と認められる費用	実費
その他の費用	日常生活上において必要となるもので利用者が負担する事が適当と認められる費用	実費

17 利用料等の請求その他

- ・利用者の負担金については、前月分の請求を毎月 10 日までに郵送等でお渡しします。
- ・請求書の到着後、30 日以内に現金を施設にご持参いただくか、事前にご連絡をいただければ集金に伺います。手続きを行うと「ゆうちょ銀行」（旧郵便局）からの引き落としができます。
- ・振込もできますが、振込手数料はお客様のご負担になります。

【振込先口座①】

銀行名 北洋銀行 五稜郭支店
 口座番号 普通預金 4204718
 口座名義 函館厚生院 ももハウス (ホグデコウセイイン モモハウス)
 施設長 工藤 希幸 (シヅョウ クトウ マレキ)

【振込先口座②】

銀行名 郵便振替口座
 口座番号 02750-3-47862
 口座名義 特別養護老人ホーム
 ももハウス

18 事業実施地域

- ・通常の事業実施地域は、函館市（旧戸井町、旧恵山町、旧楳法華村、旧南茅部町を除く）、北斗市、亀田郡七飯町全域といたします。

※利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。なお、自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を越えたところから利用者宅の最短の往復距離（1km未満端数切り捨て）に30円（1km単位）を乗じた額を請求いたします。

19 虐待防止に関する事項

- ・事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものといたします。
 - (1)虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
 - (2)虐待の防止のための指針を整備します。
 - (3)従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施いたします。
 - (4)前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- ・事業所は、サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市町村に通報をいたします。
- ・連絡先 函館市指導監査課 高齢者担当 0138-21-3926・0138-21-3927・0138-21-3923

20 身体拘束に関する事項

- ・事業所は、利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、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には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等記録の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行います。
- ・事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次の掲げる措置を講じます。
 - (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回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図るものとします。
 - (2)身体的拘束等の適正化のための指針を整備いたします。
 - (3)介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施いたします。

以上のとおり、デイサービスセンターももハウスの重要事項の説明をいたしました。

令和_____年_____月_____日

社会福祉法人函館厚生院ももハウス（通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス））

職 種

氏 名

印

私は、本書面により、上記の職員から重要事項の説明を受け、その内容に同意しました。

令和_____年_____月_____日

住 所

氏 名

印

電話番号

（身元引受人）

私は、本人の契約意思を確認し、本人の代わりに署名を行います。

住 所

氏 名

印

続 柄

電話番号