認知症対応型通所介護サービス・介護予防認知症対応型通所介護サービス
重要事項説明書・同意書

志村デイサービスセンター

＜令和６年９月１日現在＞

1、当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話　　０２９５－５３－１１１３　　(8 時 15 分～17 時 15 分まで)

担当　生活相談員　　後藤　友江

ご不明な点はなんでもおたずねください。

2、志村デイサービスセンターの概要

(1) 提供できる認知症対応型通所介護サービス・介護予防認知症対応型通所介護サービス（以下「サービス」という。）の種類と地域

・名　称　志村デイサービスセンター

・所在地　常陸大宮市上町３５７－４

・介護保険指定番号　０８９２５００１７４

・　サービスを提供する対象地域

常陸大宮市

(2) 当センターの職員体制

＜職員別＞

① 管理者

② 生活相談員

③ 看護師又は准看護師

④ 介護職員

⑤ 機能訓練指導員

(3) 当センターの設備の概要

① 定員　　１２名

② 食堂

③ 機能訓練室

④ 静養室

⑤ 相談室

⑥ 事務室

⑦ 台所

⑧ 浴室

(4) 営業日・営業時間

① 営業日　　年中無休

② 営業時間　　8 時 15 分～17 時 15 分

3、 サービスの内容

① 時間延長サービス

② 食事

③ 入浴（利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）

④ 介護

⑤ 機能訓練（レクリェーション等）

⑥ 相談援助サービス

⑦ 送迎

※ これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

4、料金

（1）別紙「志村デイサービスセンター　認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護　料金表」の通りです。

（2）支払方法

毎月、10 日までに前月分の請求をいたしますので、20 日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、窓口現金、銀行振込、郵便局引落、Ｉ－ＮＥＴの４通りの中からご契約の際に選べます。

5、契約の終了について

次の事項に当てはまる場合は契約を終了します。

① 利用者が亡くなられた場合

② 利用者からサービスの利用をやめたいとの意思表示がなされたとき

③ 利用者が当センターの職員や他の利用者に対して暴力をふるう等、サービスの利用を続けることが困難になった場合

④ 利用者が介護保健施設へ入所した場合

⑤ 60 日以上連続してご利用が無い場合

⑥ 利用者の要介護区分が、非該当（自立）と認定された場合

6、サービス利用にあたっての留意事項

① 休まれる際には、原則として前日の 17 時 00 分までにお電話にてご連絡ください。尚、当日のお休みの連絡は午前 8 時 00 分までにお願いいたします。

電話番号　0295-53－1113（センター直通　8 時 15 分～17 時 15 分まで）

☆お休みの連絡が当日の送迎開始時間（8 時 15 分）までになかった場合は、キャンセル料としまして認知症対応型通所介護サービス・介護予防認知症対応型通所介護サービスの 1 日利用分の介護保険請求における 10 割分と食材費をご負担いただくこともありますのでご注意ください。

② 自宅からの出発時、また午後のご帰宅の到着時には、ご家族様のお立ち会いをお願いします。尚、当センターの送迎は玄関から玄関までが原則になっています。

③ ご本人様がセンターを利用中に、ご家族様がお出かけになる場合は、前もって緊急連絡先をお知らせください。

④ お迎え時間を前もってお知らせいたしておりますが、時間になりましたら持ち物をご用意の上、玄関にてお待ちください。その際、トイレ等は済ませておいて下さい。（尚、冬季はコタツ等の暖かい部屋

でお待ちください。電源の切り忘れに注意して下さい）

⑤ 天候、急な利用者様のお休み、その他交通事情によりましては、送迎時間が前後することもあります。あらかじめ、ご了承願います。

⑥ サービスの利用時は、緊急の場合以外は病院への外来受診、お薬をもらうことはできませんのでご遠慮ください。

※　体調不良等により、サービスの継続が困難の場合はご家族様にご連絡を致します。この場合、ご家族様に来所いただき、帰宅もしくは外来受診をお願いすることとなります。緊急時（意識障害や外傷等）の場合は、当センターの判断で、医療機関の外来で診ていただくことがあります。ご家族様への連絡が外来受診後、又は病院入院後になる場合もありますのでご了承ください。体調不良のご連絡後又は、外来受診後のサービスの継続及び送迎は当センターではお受けできません。ご家族様にお迎えをお願いすることになりますのでご了承ください。

※　外来受診等により途中でサービスを中止した場合は、利用した時間の利用料と食材費をいただくことになります。

⑦ 金銭、貴金属等貴重品はお持ちにならないで下さい。
貴重品や多額の金銭は紛失等のトラブルの原因となりますので、持ち込まないようお願い致します。当センター内での金銭トラブルについては当センターでは責任を負いかねます。また、当センターでは金銭の管理の代行は行いません。

⑧ オムツ使用の方は、枚数を多めにご持参願います。当センターの物を使用された場合は実費負担又は現物負担をお願いします。

⑨ ご帰宅（到着）されましたら、持ち物のチェックをお願いします。お忘れ物や余分な物がございましたら当センターまでご連絡ください。

⑩ 連絡帳は必ず内容をご確認ください。ご本人様について何か変わったことや、当センターの職員に知ってもらいたいことなどがあれば連絡帳にご記入ください。

⑪ 当センターの利用にあたりましては、宗教活動や販売セールス勧誘等はご遠慮願います。

⑫ 食べ物のお持ち込みや、お持ち込みされた食べ物を他の利用者の方へ配布する行為は、栄養管理、衛生管理上の点からお断りいたします。また、贈り物等を当センターでお預かりし他の利用者様にお渡しすることも致しかねます。

⑬ 火気の取り扱いは火災等の防止のため、施設内での喫煙等はご遠慮ください。

７、緊急時の対応方法

サービスの提供を行っているときに、利用者の体調等に急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医または歯科医師と連携をとり、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに適切な措置を講じます。

8、身体的拘束等の禁止

① 事業者は、サービス提供に当たり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を原則行いません。但し、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は、この限りではないものとします。

② 前項ただし書きの規定に基づき、身体的拘束等の行為を行った場合には、事業者は、直ちにその日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得な かった理由、その他必要な事項について、サービス提供記録等に記録します。

9、高齢者虐待の防止

① 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる必 要な措置を講じます。

ア．虐待防止に関する責任者を選定しています。 虐待防止に関する責任者：工藤　直樹

イ．成年後見制度の利用を支援します。

ウ．苦情解決体制を整備しています。

エ．従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

事業者は、サービス提供中に、介護事業所または擁護者（ご利用者の家 族等高齢者を現に擁護する者）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、速やかにこれを市区町村に通報します。

10、非常災害対策

（1）利用者の緊急時における対応

サービスの実施中に利用者の体調等に急変及びその他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医等に連絡するなどの措置を講じるとともに管理者に連絡します。

（2）建物、設備等の対策

① 緊急非常時　管理者は施設の消防計画に準拠し、火災、水害、その他非常災害による被害を防止するため、必要な対策を講じます。

② 防災設備　　センター内各所に消火器を設置してあります。

③ 防火訓練　　年２回の避難訓練を実施しています。

11、事故発生時の対応

利用者に対するサービスにより事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合は速やかに賠償を行い、原因解明と再発防止の対策を講じます。

12、サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用相談・苦情担当

担当　生活相談員　　後藤　友江　　電話　0295-53-1113　FAX　0295-53-1134

※要望や苦情を上記生活相談員以外に設置されているご意見箱をご利用いただけます。

※苦情担当者は苦情対応マニュアルに基づき対応します。

② その他

当センター以外に、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。

常陸大宮市役所　長寿福祉課　　電話　0295-52-1111

茨城県国民健康保険団体連合会　　電話　029-301-1565

13、その他

サービスの提供開始にあたり、利用者に対し契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事業者　医療法人博仁会　通所介護・介護予防通所・介護保険法に基づく第１号通所事業
志村デイサービスセンター
所在地　　常陸大宮市上町３５７－４
代表者　　理　事　長　　鈴　木　　邦　彦　　㊞
説明者
所　属　　志村デイサービスセンター
氏　名　　生活相談員　　後藤　友江　　㊞

私は、契約書および本書面により、事業者からのサービスについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始、並びにサービス担当者会議等での必要な個人情報の利用に同意いたします。

利用者
住　所
氏　名　　㊞

（身元引受人）
住　所
氏　名　　㊞