

重 要 事 項 説 明

指定通所介護・介護保険法に基づく第1号通所事業 「デイサービス倉敷」

1. 事業者

- (1) 法人名 有限会社コーディアル倉敷
- (2) 法人所在地 倉敷市羽島1000-2
- (3) 電話番号 086-435-6600
- (4) 代表者氏名 和泉 雅一

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定通所介護及び介護保険法に基づく第1号通所事業

(2) 事業所の名称

- ・事業所名 デイサービス倉敷
- ・開設年月日 平成15年4月1日
- ・所在地 倉敷市羽島1000-2
- ・電話番号 086-435-6600
☆営業時間外も転送電話にて職員が対応いたします。
- ・FAX 番号 086-430-3320
- ・管理者 永田 裕子
- ・利用定員 30名
- ・介護保険指定番号 3370202966

(3) 事業の目的

当事業所において実施する指定通所介護及び介護保険法に基づく第1号通所事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定通所及び介護保険法に基づく第1号通所事業の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態又は要支援状態等の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定通所介護及び介護保険法に基づく第1号通所事業を提供することを目的とする。

(4) 運営の方針

「指定通所介護」

要介護状態となった場合においても、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、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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利用者の家族の身体的及び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。

「介護保険法に基づく第1号通所事業」

利用者が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、必要な日常生活上の支援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回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すために、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 サービスの実施にあたっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- 3 当事業所は、自らその提供する指定通所介護等の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。

3. 事業所の職員体制

- ① 管理者 常勤 1人

従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定通所介護等の施設に関し、当施設の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。

- ② 生活相談員 1人以上

生活指導員は当施設に対する指定通所介護等の利用申し込みに係る調整、利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行い、また他の職員と協力して通所介護計画の作成等を行う。

- ③ 看護職員)

看護職員は健康状態の確認及び介護を行う。

- ④ 介護職員 4人以上

介護職員は利用者の心身の状況に応じ、必要な介護を行う。

- ⑤ 機能訓練指導員 1人以上

機能訓練指導員は日常生活を営むの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。

- ⑥ その他

事務員・その他必要な要員

4. 営業日及び営業時間

- | | | |
|--------------|----------|------------------|
| ①営業日 | 月曜日から土曜日 | (日曜日は定休日となっています) |
| ②営業時間 | 8時30分 | ～ 17時30分 |
| ③サービス提供時間 | 9時00分 | ～ 17時00分 |
| ④延長サービスを行う時間 | 17時00分 | ～ 19時00分 |

5. 通常の事業の実施地域

倉敷市（真備町 船穂町 玉島地域を除く）
岡山市 南区（曾根 中畦 東畦 灘崎 箕島）
早島町（全域）

6. サービス内容

①身体介護に関すること

日常生活動作の程度により必要な支援及びサービスを提供する。

②入浴に関すること

家庭において入浴することが困難な利用者に対して必要な入浴サービスを提供する。

③排泄に関すること

排泄の自立を促すため、身体能力を最大限に活用した援助を行う。

④食事に関すること

給食利用者に対して必要な食事サービスを提供する。

⑤日常生活動作に関すること

レクリエーション・グループワーク・各種行事・体操機能訓練また休養等日常生活の活性化を図るサービスを提供する。

⑥送迎に関すること

送迎を必要とする利用者には必要な支援サービスを行う。

⑦相談・助言に関すること

利用者、その家族に対して身上、介護等に関する相談及び助言を行う。

⑧ 健康チェック

⑨ 若年性認知症受入

⑩ 個別機能訓練

⑪ 口腔機能向上

⑫ 時間延長サービス

⑬ 通所介護計画書の作成

7. 事故発生時の対応

①サービス提供により事故が発生した場合には、市町村、当該利用者のご家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に連絡すると同時に、必要な措置を講じます。

②前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録を行いません。

③サービス提供により、賠償すべき事故が生じた場合には、速やかに損害賠償を行いません。

④当事業所は、前項の賠償のために、損害賠償責任保険に加入します。

8. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関に協力いただいています。

・ 協力医療機関

- ・ 名称 医療法人天和会 松田病院
- ・ 住所 倉敷市鶴形 1 丁目 3 番 1 0 号 TEL 086-422-3550

◇ 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

☆ 連絡先に変更があった場合は、必ずお知らせください。

9. 施設利用に当たっての留意事項

利用者は、指定通所介護及び介護保険法に基づく第 1 号通所事業の提供を受ける際には、次に掲げる事項に留意するものとする。

- ・ 飲酒・喫煙……原則として全館禁煙になっていますが指定の場所にて喫煙することができます。飲酒については、指定日については可能です。
- ・ 火気の取り扱い……火元責任者の指示に従っていただきます。
- ・ 設備・備品の利用……故意又は無断で、施設もしくは備品に損害を与えた場合は弁償していただきます。また、これらを施設外に持ち出すことはできません。
- ・ 所持品・備品等の持ち込み……身の回り品は持ち込み可能ですが特別な物についてはご相談下さい。
- ・ 金銭・貴重品の管理……原則として自己管理とします。
- ・ 宗教活動・政治活動・営利行為を禁止します。

10. 非常災害対策

当事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行う。

- (1) 防火管理者及び必要な担当者等を定める。
- (2) 非常災害用の設備点検は、契約保持業者に依頼する。点検の際は防火管理者が立ち会う。
- (3) 非常災害設備は、常に有効に保持するように努める。
- (4) 防火管理者は防火教育、消防訓練を実施する。

- ① 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）・・・・・・・・・・ 年 2 回
- ② 利用者を含めた総合避難訓練・・・・・・・・・・ 年 1 回
- ③ 非常災害用施設の使用方法の徹底・・・・・・・・・・ 随時

1 1. サービス内容に関する苦情処理の体制

(1) 当事業所の苦情相談窓口

当事業所のサービス等に関する苦情・相談は苦情受付担当者又は苦情解決責任者までお申し出ください。又、所定の位置に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただくことも出来ます。又、市町村担当課や、国民健康保険団体連合会にも苦情窓口が設置されています。

☆デイサービス倉敷苦情受付窓口

電話 086-435-6600

受付日時 8:30～17:30 日曜日を除く

苦情受付担当者 : 谷口暁理

苦情解決責任者 管理者: 永田裕子

☆市町村担当課・国民健康保険団体連合会苦情受付窓口

(土日、祝日及び12/29～1/3を除く)

- ・倉敷市役所介護保険課 086-426-3343 (8:30～17:15 土日祝を除く)
- ・岡山市役所介護保険課 086-212-1013 (8:30～17:15 土日祝を除く)
- ・早島町役場健康福祉課 086-482-2483 (8:30～17:15 土日祝を除く)
- ・岡山県国民健康保険団体連合会 086-223-8811 (8:30～17:00 土日祝を除く)

(2) 苦情の受付と報告

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は苦情申出人と誠意をもって話し合い解決に努めます。

1 2. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。
また、更新・変更時には再度、確認が必要となります。

1 3. 利用料金

①施設利用料は、別紙1、別紙2をご覧ください。

②支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を作成しますので、その月の20日までに
お支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、基本的に、金融機関口座自動引き落としとさせていただきます
その他の支払い方法を希望される場合は、契約時にご相談ください。

通所介護利用同意書

私は本書面により、事業者から通所介護及び介護保険に基づく第1号通所事業「デイサービス倉敷」についての重要事項の説明を受け、これを十分に理解した上で同意します。

説明者 職 _____ 氏名 _____

令和 年 月 日

利用者
住 所 _____
氏 名 _____ (印)

(代筆者)
住 所 _____
氏 名 _____ (印)
続 柄 (_____)

(代理人)
住 所 _____
氏 名 _____ (印)
続 柄 (_____)