

「長門デイサービスセンター」重要事項説明  
介護予防・日常生活支援総合事業 通所型いきいき支援事業

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(大分県指定 第 4470501745 号)

当事業所は、ご利用者に対して介護予防・日常生活支援総合事業通所型いきいき支援事業を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

1 施設経営法人

- 法人格 社会医療法人 長門莫記念会  
○法人所在地 大分県佐伯市鶴岡町1丁目11番59号  
○電話・FAX 電話：0972-24-3000 FAX：0972-23-6640  
○代表者氏名 理事長 長門 仁  
○設立年月日 昭和45年1月1日

2 ご利用の事業所の概要

(1) 名称等

事業所の名称	医療法人 長門莫記念会 長門デイサービスセンター (介護予防・日常生活支援総合事業通所型いきいき支援事業)
事業所の所在地	〒876-0835 大分県佐伯市鶴岡町1丁目6番3号
管理者の氏名	管理者 仲野 剛
電話・FAX	電話：0972-22-5120 FAX：0972-23-2809
事業所指定番号	第 4470501745 号
通常の実施地域	佐伯市
事業所の目的	介護予防・日常生活支援総合事業通所型いきいき支援事業は、介護保険法に従い、ご利用者がある能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、通所型サービスを提供します。
事業所の基本方針	ご利用者の居宅において、日常生活を営むことができるよう、必要な機能訓練を行い利用者の孤立感の解消及び心身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。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	・毎週月曜日～土曜日の6日間を営業日とします。 ・12月31日から1月3日は年末年始休業日とします。
営業時間	8時00分から17時00分

### (3) 職員の配置状況

事業所では、ご利用者に対して介護予防・日常生活支援総合事業通所型いきいき支援事業と指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職員の配置をしています。

管 理 者	1 名	介護職員	必要数
生活相談員	1 名	理学療法士	1 名
看護職員	1 名		

### (4) 設備の概要

定 員	3 5 名	(その他の設備)
食堂、機能訓練室	3 8 4 . 6 1 m <sup>2</sup>	スタッフルーム・面談室・台所 ボランティアルーム・洗濯室 汚染処理室・エレベーター 送迎車両
浴室、脱衣室	1 2 5 . 6 4 m <sup>2</sup>	
静 養 室	2 1 . 6 0 m <sup>2</sup>	

## 3 事業所が提供するサービス内容と利用料金

### (1) サービス内容

通所型 いきいき支援事業	生活不活発になる可能性のある対象者に対し、通所型の事業所において、社会参加へのきっかけづくりを目的としたサービスを実施します。また、地域において社会資源が希薄している地域へのサポートを行い、サービスを実施します。
-----------------	--

※担当のサービス提供責任者が、利用者の直面している課題等を評価し、ケアプランに沿ってサービス計画書を作成し、同意を得てサービスが実施されます。

### ～基本的スケジュール～

- 送 迎
- 問 診
- 体力測定
- ウォーミングアップ
- 有酸素運動
- めじろん体操
- 拮抗運動
- 段差踏み台昇降
- 送 迎

※食事提供は行いません

(自費利用で午前中にご利用される方は必要性に応じて提供します)

※入浴支援に関し、自立支援に必要である場合には、訓練の内容とし入浴支援を行う場合がございます。

## (2) サービス利用料金

種 類	内 容
通所型 いきいき支援事業	週1回利用の場合：1月につき、1,798円(1割負担) 週2回利用の場合：3,621円(1割負担) ※2、3割の方は別紙参照
おやつ代	1日あたり60円(午後利用の方のみ徴収致します)
送 迎 代	原則無料 (ただし、指定距離外の送迎及び船賃等の実費を要する場合は除く)
その他費用	サービス実施に必要な物品等にご利用者様負担となります。 (ご利用者様に関わる物品)

## (4) ご利用料金のお支払方法

ご利用いただきました利用料金は1か月ごとに計算し、毎月10日に前月分の請求書を発行致しますので、その月の月末までにお支払下さい。お支払いいただきますと領収書を発行致します。なお、お支払方法は、現金支払い・銀行振込み・口座振替の3方法の中からお選び下さい。

○現金納付・・・施設窓口で現金でお支払下さい。

また、送迎時に職員に渡していただいても結構です。

○銀行振込み・・・指定銀行口座への振込み支払ができます。

なお、この場合の手数料は、利用者様負担となります。

振 込 先：社会医療法人 長門莫記念会 長門デイサービスセンター  
理事長 長門 仁

振込口座：大分銀行 佐伯支店 普通 7640633

○口座振替・・・預金口座振替依頼書へのご記入、押印が必要となります。

なお、手数料(154円)は利用者様負担となります。

## 4 解約権

ご利用者は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、契約を解約していただくこととなります。

- ① 事業者が解散した場合、破産した場合または止むを得ない事由により施設を閉鎖した場合。
- ② 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ③ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合。
- ④ 契約が終了した場合。
- ⑤ ご利用者から解約の申し出があった場合。
- ⑥ 事業者から解約の申し出を行った場合
- ⑦ その他、利用者様の身体状況等の変化により事業所でのサービス提供ができなくなった場合。

## 5 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、医師、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡し、必要な処置を講じます。

医師 (協力病院)	氏名	長門記念病院 院長 後藤陽一郎
	連絡先	0972-24-3000
ご家族 (緊急連絡先)	氏名	(続柄)
	連絡先	
担当医師 (緊急連絡先)	医療機関名	
	連絡先	

## 6 非常災害対策

非常時の対応	従業者により、ご利用者の避難等の措置を講じます。
防災計画	施設の防災計画に準じて計画書の作成を行います。
防災設備	定期的に防災設備の点検を実施します。 スプリンクラー、消火器、消火栓等を完備しています。
防災訓練	施設の防災訓練に合わせ実施します。
利用者様の協力(お願い)	事業所では設備点検や防災訓練等を実施しますので、可能な限りのご協力をお願いします。また、火気の取り扱い等につきましては職員の指示を厳守して下さい。

## 7 サービス内容に関する苦情、相談

当事業所における苦情や相談は以下の窓口で受け付けます。

- ・当事業所における 受付窓口：管理者 仲野 剛  
電話番号：0972-22-5120
- ・窓口受付 受付時間 毎週月曜日～土曜日 8時00分～17時00分  
公的機関でも、次の窓口で受け付けます。

佐伯市役所 介護保険係	佐伯市中村南町1番1号 電話 0972-22-3117
佐伯市地域 包括支援センター	佐伯市向島1丁目3番8号 電話 0972-23-1632

## 8 衛生管理及び感染症対策

- ・当事業所は、利用者との施設の衛生管理に努めるとともに、感染症が発生し、蔓延しないように以下にかかげる措置を講じます。(感染症発生時における業務継続計画策定)
- ・事業所は、感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的に開催いたします。
- ・事業者における感染症の予防及びまん延防止の為の指針を整備する。
- ・事業者は、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止の為の研修・訓練を定期的の実施致します。

## 9 虐待防止・身体拘束廃止について

- ・虐待の発生及び又はその再発を防止・身体拘束廃止するため以下の措置を講じます。
- ・虐待防止・身体拘束廃止のための対策を検討する虐待防止対策委員会を設置し、定期的に開催いたします。
- ・虐待防止・身体拘束廃止のための指針を整備致します。
- ・虐待防止及び身体拘束廃止のための研修会を定期的実施致します。

## 10 ご利用に当たっての留意事項（リスクについて）

当事業所では、利用者様の心身の状況を把握したうえで、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サービスを提供いたします。利用者およびご家族様に当事業所の機能役割を説明し、理解したうえで提供されますが、自立支援事業であるがゆえのリスク（危険）を伴う可能性も想定されます。転倒・バイタルの変化等みられる可能性があります。上記状況が起こらない為に、努めておりますがリスクについて十分にご理解下さい。

令和 年 月 日

介護予防・日常支援総合事業 通所型いきいき支援事業の提供の開始に当たり、ご利用者に対して、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 佐伯市鶴岡町1丁目11番59号  
社会医療法人 長門莫記念会

説明者 仲野 剛 ⑩

本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、介護予防・日常支援総合事業通所型いきいき支援事業サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

ご利用者様 住 所

氏 名 ⑩

利用者代理人 住 所

氏 名 ⑩