

重要事項説明書（地域密着型通所介護）

あなたに対する指定地域密着型通所介護サービスの提供開始にあたり、柳井市指定地域密着型サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所及び指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則に基づいて、社会福祉法人柳井市社会福祉協議会平郡デイサービスセンターがあなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業所の概要

事業所名称	社会福祉法人 柳井市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	山口県柳井市南町三丁目9番2号
代表者氏名	会長 杉森定夫
連絡先	0820-22-3800
法人設立年月日	平成17年2月21日

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	社会福祉法人柳井市社会福祉協議会 平郡デイサービスセンター
指定事業所番号	山口県3571200447号
指定年月日	平成17年2月21日
所在地	山口県柳井市平郡1824番2
電話番号	0820-47-2011
ファクシミリ番号	0820-47-2011
利用定員	10人
管理者	網本 寛人

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	要支援・要介護状態等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、利用者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、必要な日常生活上のお世話及び生活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ことを目的とする。
運営の方針	<p>(1) 利用者の要支援・要介護状態の軽減、悪化の防止又は、要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。</p> <p>(2) 自ら提供する指定地域密着型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。</p> <p>(3) 具体的取扱方針</p> <p>① 地域密着型通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行う。</p>

	<p>② 地域密着型通所介護従事者は、サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又は家族に対し、サービスの提供方針等について、理解しやすいように説明を行う。</p> <p>③ 介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。</p> <p>④ 常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練及びその他必要なサービスを利用者の希望に沿って、適切に提供する。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。</p>
--	--

4 職員の職員体制

当センターでは、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供する職員として、下記の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤 (人)		非常勤 (人)	
	専 従	兼 務	専 従	兼 務
管理者		1		
生活支援員		1		2
介護職員	1		1	4
機能訓練指導員				2

5 営業時間

営業日	月、火、水、木、金（土、日、祝日、12月29日～1月3日を除く）
営業時間	8：30～17：15

6 当センターが提供するサービスと料金

(1) 介護保険給付の対象となるサービス

- ① 食 事 当センターでは、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供すると共にご契約者の自立支援のため離床してデイサービスルームで食事を摂っていただくことを原則としています。
- ② 入 浴 入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ③ 排 泄 ご契約者の介助を行います。
- ④ 機能訓練 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

(2) サービス利用料金

提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

・基本利用料

サービス提供時間	要介護度	利用単位 (1日当り)	ご利用者様負担額(1日当り)		
			1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満	要介護 1	416 単位	416 円	832 円	1,248 円
	要介護 2	478 単位	478 円	956 円	1,434 円
	要介護 3	540 単位	540 円	1,080 円	1,620 円
	要介護 4	600 単位	600 円	1,200 円	1,800 円
	要介護 5	663 単位	663 円	1,326 円	1,989 円
4時間以上 5時間未満	要介護 1	436 単位	436 円	872 円	1,308 円
	要介護 2	501 単位	501 円	1,002 円	1,503 円
	要介護 3	566 単位	566 円	1,132 円	1,698 円
	要介護 4	629 単位	629 円	1,258 円	1,887 円
	要介護 5	695 単位	695 円	1,390 円	2,085 円
5時間以上 6時間未満	要介護 1	657 単位	657 円	1,314 円	1,971 円
	要介護 2	776 単位	776 円	1,552 円	2,328 円
	要介護 3	896 単位	896 円	1,792 円	2,688 円
	要介護 4	1013 単位	1013 円	2,026 円	3,039 円
	要介護 5	1,134 単位	1,134 円	2,268 円	3,402 円
6時間以上 7時間未満	要介護 1	678 単位	678 円	1,356 円	2,034 円
	要介護 2	801 単位	801 円	1,602 円	2,403 円
	要介護 3	925 単位	925 円	1,850 円	2,775 円
	要介護 4	1,049 単位	1,049 円	2,098 円	3,147 円
	要介護 5	1,172 単位	1,172 円	2,344 円	3,516 円

・加 算

加算名称	利用単位 (1日当り)	ご利用者様 負担額		算定回数等
入浴加算	40 単位	1 割	40 円	入浴介助を実施した日数
		2 割	80 円	
		3 割	120 円	
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の 8.0%を加算		1 月につき	

※

所定単位数・・・利用料に各種加算・減算を加えた総単位数

☆利用料は、利用者の負担割合に応じて、上記の利用単位、加算及び減算を加えた総額の 1 割～3 割の金額となります。(但し、3 割については平成 30 年 8 月から)

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、一旦サービスに係る経費全額(10 割)をお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、利用料を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い) また、居宅サービス計画が作成されていない場合や介護保険法令に基づき支払方法の変更により償還払いの措置を受けていらっしゃる

方も同様です。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。(償還払いによる保険給付を受ける場合は、市町村の担当窓口申し出ください。)

☆要介護状態区分の変更等により介護保険からの給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせて、ご契約者の利用料額を変更します。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

ご契約者に提供する食事に係る経費やオムツ代等は、次により別途ご負担いただきます。

昼食代（おやつ代を含む）	<input type="checkbox"/> 650円（1食）
食事等への特別な配慮・レクリエーション等の費用	<input type="checkbox"/> 150円（1回）
オムツ代	<input type="checkbox"/> 100円（1枚）
洗濯代	<input type="checkbox"/> 100円（1回）

(4) 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払方法について

① ご利用料金その他の費用の請求方法等	<p>利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月10日（土曜日、日曜日、祝日の場合は翌日）までにご利用者様あてにお届け（郵送）します。</p>
② お支払方法等	<p>サービス提供記録のご利用様控えと内容を照合のうえ、請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>ア 事業者指定口座への振込 イ 利用者指定口座からの自動振替 ウ 現金払い</p> <p>お支払いの確認をしましたら、支払方法の如何によらず、領収書をお渡しいたします。必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払期日から2月以上遅滞し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

(5) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、地域密着型通所介護サービスの利用を中止又は変更、若しくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに当センターに申し出ください。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、下記のとおりキャンセル料をいただく場合があります。ただし、ご契約者の

体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

前日までのキャンセル	無 料
当日のキャンセル	当日の利用料の100%

- ③ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、当センターの稼働状況により契約者の希望する期間にサービスが提供できない場合は、他の利用可能日時を契約書に提示して協議します。

7 虐待の防止について

当センターは、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) 虐待防止に関する責任者を選定します。
虐待防止に関する責任者 (管理者) 網本寛人
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 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。
- (5) サービス提供中に、当センター従事者又は養護者（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、これを市に通報します。

8 身体拘束について

当センターは、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等について記録を行います。

- (1) 緊急性…直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (2) 非代替性…身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性…利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

9 苦情の受付について

- (1) 当センターにおける苦情の受付

当センターにおける苦情やご相談は、以下の苦情相談窓口で受け付けます。

○苦情相談受付窓口

苦情解決担当者 管理者 網本寛人

苦情解決責任者 事務局長 吉山夕佳里

○受付時間

毎週月曜日～金曜日（祝日、12月29日～1月3日を除く）

午前8時30分～午後5時15分

(2) その他苦情受付機関等

社会福祉法人柳井市社会福祉協議会 事務局	所在地 電話 受付時間	柳井市南町三丁目9番2号 (0820) 22-3800 毎週月曜日～金曜日(祝日、 12月29日～1月3日を除く) 午前8時30分～午後5時15分
柳井市役所 高齢者支援課	所在地 電話 受付時間	柳井市南町一丁目10番2号 (0820) 22-2111 毎週月曜日～金曜日(祝日、 12月29日～1月3日を除く) 午前8時30分～午後5時15分
山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談係	所在地 電話 受付時間	山口市朝田1987-7 (083) 995-1010 午前9時～午後5時

10 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ① 当センターは、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定している「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ② 当センター及び当センターの使用する者(以下「事業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③ 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においても継続します。
- ④ 当センターは、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ① 当センターは、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、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、予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。
- ② 当センターは、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(紙によるものの他、電磁的記録も含む。)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えいを防止するものとします。
- ③ 当センターが管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)

1 1 事故発生時の対応

利用者のサービス提供中に事故が発生した場合は、必要に応じて以下の対応を行います。

- ① 医療機関への連絡と受診（物を壊した場合等を除く）
- ② 利用者の家族、居宅介護支援事業所等への連絡
- ③ 必要時の市町村への連絡
- ④ 事故原因解明・改善策の検討
- ⑤ 当センター加入の損害賠償保険に基づく対応

1 2 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容態に変化等があった場合は、予めお約束（確認）した緊急連絡先及び医療機関への報告、連絡、相談を行います。また、状況に応じて救急隊への依頼または緊急受診を行います。

原則として、ご家族様に付き添う等をお願いすることになります。

1 3 悪天時の対応

雪や台風時等の天候不良の場合は、利用者の了解を得た上で、利用時間や利用日の変更をさせていただきます。

また、県道が通行止めとなり、利用者の送迎における安全性の確保ができない場合は、利用を中止させていただきます。

1 4 非常災害対策

- ① 事業所に防災対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取組を行います。
非常対策に関する担当者 （管理者） 網本寛人
- ② 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連絡及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施：年2回

1 5 衛生管理等

- ① 指定地域密着型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じます。
- ② 当センターにおいて感染症が発生し、または蔓延しないように必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密着な連携に努めます。

(表 1)

利用者の主治医又は当センターの協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。		
主 治 医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊 急 連 絡 先	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	昼 間 の 連 絡 先	
	夜 間 の 連 絡 先	

1 6 重要事項の説明年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、柳井市指定地域密着型サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所及び指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則に基づき、ご利用者様に説明を行いました。

事業所名	社会福祉法人柳井市社会福祉協議会 平郡デイサービスセンター
説明者氏名	

私は、本書面に基づいて事業者より説明を受け、地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者様	住 所		
	氏 名		
代筆者の住所氏名 (ご利用者様との 続柄等)	住 所	続柄等	
	氏 名		