

指定通所介護
重要事項説明書

社会福祉法人聖仁会

「指定通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(佐賀県指令19 長寿 第010304号)

当事業所は、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2
6. 苦情の受付について	5

1. 事業者

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 聖仁会 |
| (2) 法人所在地 | 佐賀県杵島郡大町町大字福母3031-1 |
| (3) 電話番号 | 0952-82-3311 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 戸原 震一 |
| (5) 設立年月 | 平成8年4月1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所・平成20年3月28日指定
佐賀県指令19 長寿 第010304号
※当事業所は特別養護老人ホームすみれ園に併設されています。 |
| (2) 事業所の目的 | 介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、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います。 |
| (3) 事業所の名称 | 老人デイサービスセンターすみれ園 |
| (4) 事業所の所在地 | 佐賀県杵島郡大町町大字福母3031-1 |
| (5) 電話番号 | 0952-82-2112 |
| (6) 事業所長（管理者）氏名 | 黒 岩 正 孝 |
| (7) 当事業所の運営方針 | 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。 |
| (8) 開設年月 | 平成8年10月1日 |
| (9) 利用定員 | 30人 |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 大町町全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月 曜 日 ～ 土 曜 日
受付時間	月～土 8:30～17:30
サービス提供時間	月～土 9:10～16:10
	月～土 9:30～16:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防通所介護を提供する職員として、以下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	指定基準	現員
1. 事業所長（管理者）	1名	名
2. 介護職員	4名	名
3. 生活相談員	1名	名
4. 看護職員	1名	名
5. 機能訓練指導員（兼務）	1名	名
6. 栄養士	1名	名

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間： 8:30～17:30 原則として利用者の数が15名までは1名以上、それ以上5名またはその端数を増すごとに1名以上でお世話します。
2. 看護職員	勤務時間： 8:30～17:30 ☆原則として1名の看護職員が勤務します。
3. 機能訓練指導員	毎週月曜日～土曜日 13:30～15:30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条 三者契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①入浴

- ・入浴又は清拭を行います。身体に障害がありご自宅での入浴が困難な方でもシャワーカー等を使用して入浴することができます。

②口腔機能向上

- ・口腔機能の低下している又その恐れのある利用者に訓練を行い、口腔機能向上を目指します。

③個別機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用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。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第6条 三者契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

要介護度別料金		介護料	口腔機能向上(月2回)	体制強化	個別機能訓練	入浴	その他
要介護1	1. サービス利用料金	6,580 円	1,500 円	220 円	560 円	400 円	注1) 注2) 注3)
	2. 自己負担額	1割	658 円	150 円	22 円	56 円	
		2割	1,316 円	300 円	44 円	112 円	
		3割	1,974 円	450 円	66 円	168 円	
要介護2	1. サービス利用料金	7,770 円	1,500 円	220 円	560 円	400 円	注1) 注2) 注3)
	2. 自己負担額	1割	777 円	150 円	22 円	56 円	
		2割	1,554 円	300 円	44 円	112 円	
		3割	2,331 円	450 円	66 円	168 円	
要介護3	1. サービス利用料金	9,000 円	1,500 円	220 円	560 円	400 円	注1) 注2) 注3)
	2. 自己負担額	1割	900 円	150 円	22 円	56 円	
		2割	1,800 円	300 円	44 円	112 円	
		3割	2,700 円	450 円	66 円	168 円	
要介護4	1. サービス利用料金	10,230 円	1,500 円	220 円	560 円	400 円	注1) 注2) 注3)
	2. 自己負担額	1割	1,023 円	150 円	22 円	56 円	
		2割	2,046 円	300 円	44 円	112 円	
		3割	3,069 円	450 円	66 円	168 円	
要介護5	1. サービス利用料金	11,480 円	1,500 円	220 円	560 円	400 円	注1) 注2) 注3)
	2. 自己負担額	1割	1,148 円	150 円	22 円	56 円	
		2割	2,296 円	300 円	44 円	112 円	
		3割	3,444 円	450 円	66 円	168 円	

注1) 介護職員処遇改善加算は、介護報酬の11.1パーセントの額（四捨五入）になっています。
利用されている上記料金の合計額によって金額が変わってきます。

注2) 入浴は専門家による計画がある場合は、55円（自己負担1割の場合）になります。

注3) 科学的介護推進体制加算 ひと月40円（自己負担1割の場合）

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったん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、自己負担額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も償還払いとなります。

償還払いとなる場合、ご利用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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

（契約書第４条、第５条 三者契約書第４条、５条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

大町町外： 実費

②レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

１枚につき １０ 円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

紙パンツ代 ：実費相当

ハミングッド代：実費相当

⑤食事の提供にかかる費用

ご利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

１回あたり ６５０円

⑥介護保険支給限度額を越して利用された場合のサービス利用料金

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第６条 三者契約書第７条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、サービス利用終了時に、その都度お支払い下さい。

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第７条 三者契約書第８条参照）

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、も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事業者へ申し出てください。

○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、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用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。

利用予定日の前日 17：00 までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日 17：00 までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の内食事代分 (650円)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第 20 条 三者契約書第 21 条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） Tel 0952-82-2112

〔生活相談員〕 森 小 百 合

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを事務室前カウンターに設置しています。

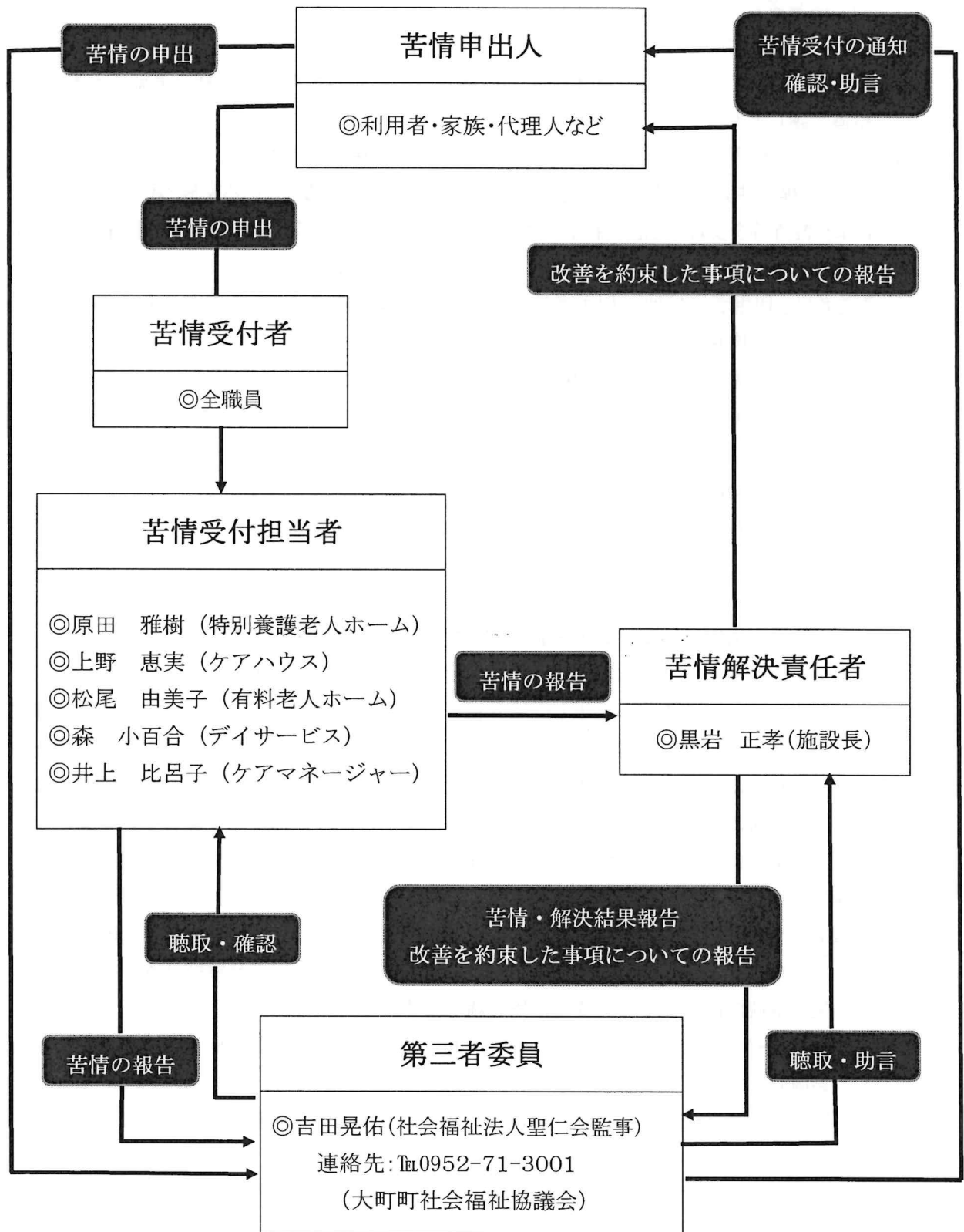
（2）行政機関その他苦情受付機関

大町町役場 介護保険担当課	所在地 電話番号・FAX 受付時間	佐賀県杵島郡大町町大字大町5017 0952-82-3111, 0952-82-3117 8：30～17：15
国民健康保険団体連合会 (介護苦情処理)	所在地 電話番号・FAX 受付時間	佐賀県佐賀市呉服元町7番28号 0952-26-1477・0952-26-6123 8：30～17：15
佐賀県社会福祉協議会	所在地 電話番号・FAX 受付時間	佐賀県佐賀市天神1丁目4番15号 0952-23-2145, 0952-25-2980 8：30～17：15
杵藤地区広域市町村圏組 合 介護保険事務所	所在地 電話番号・FAX 受付時間	佐賀県鹿島市大字中村917-2 0954-69-8222、0954-69-8220 8：30～17：15

☆提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施

苦情解決対応の流れ



7. 虐待・身体拘束の防止

事業者は、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・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催しその結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
- (3) 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- (4) 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- (6) 事業者は、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を除き、身体的拘束等を行いません。
- (7) やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。
- (8) 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

虐待防止担当者・責任者：管理者 施設長 黒岩 正孝

8. 衛生管理等

- (1) 介護員等の清潔保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備および備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、または、まん延しないように、次にあげる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修・訓練を定期的実施します。

9. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護の提供を継続的に実施するための、非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行ないます。

10. ハラスメント

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

老人デイサービスセンターすみれ園

説明者 生活相談員 森 小 百 合 ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 _____

契約者住所 _____

契約者氏名 _____ ㊞ 続柄 ()

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上1階
- (2) 建物の延べ床面積 1958㎡

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員…ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

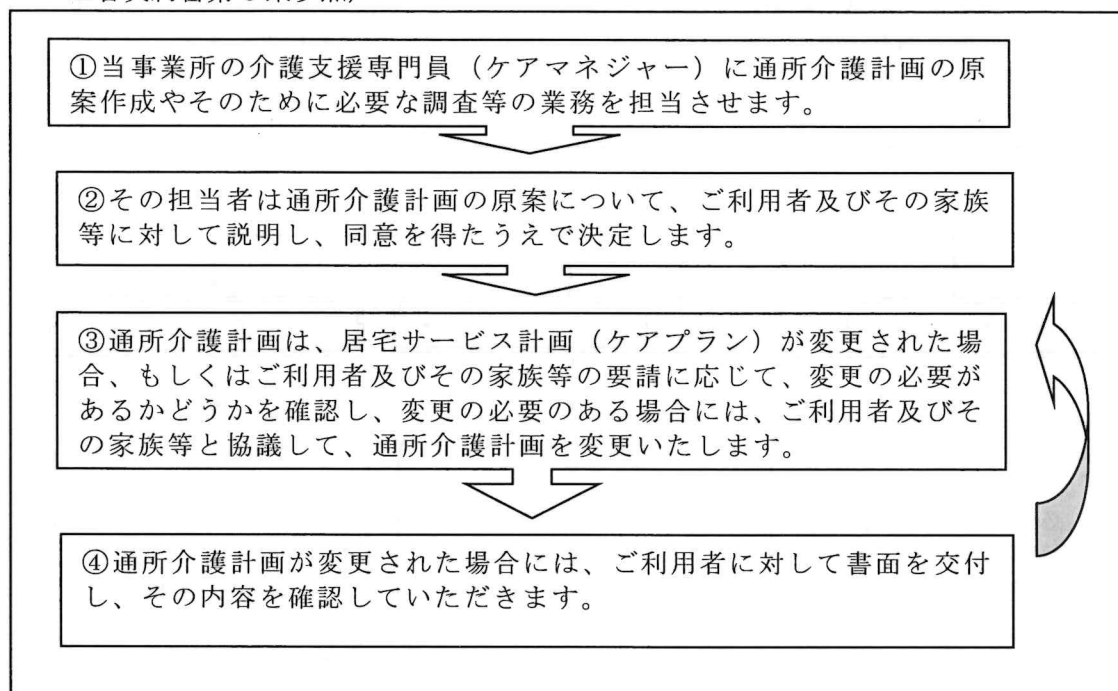
生活相談員…ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
1名の生活指導員を配置しています。

看護職員… 主にご利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
1名の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員…ご利用者の機能訓練を担当します。（看護職員兼務）
1名の機能訓練指導員を配置しています。

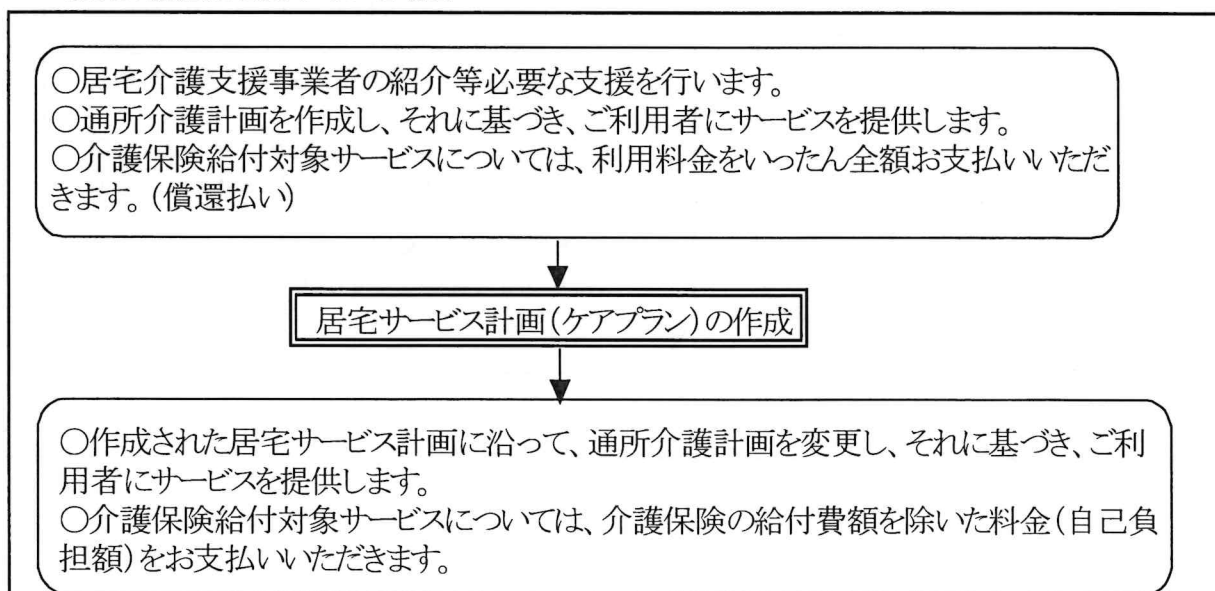
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第3条三者契約書第3条参照）

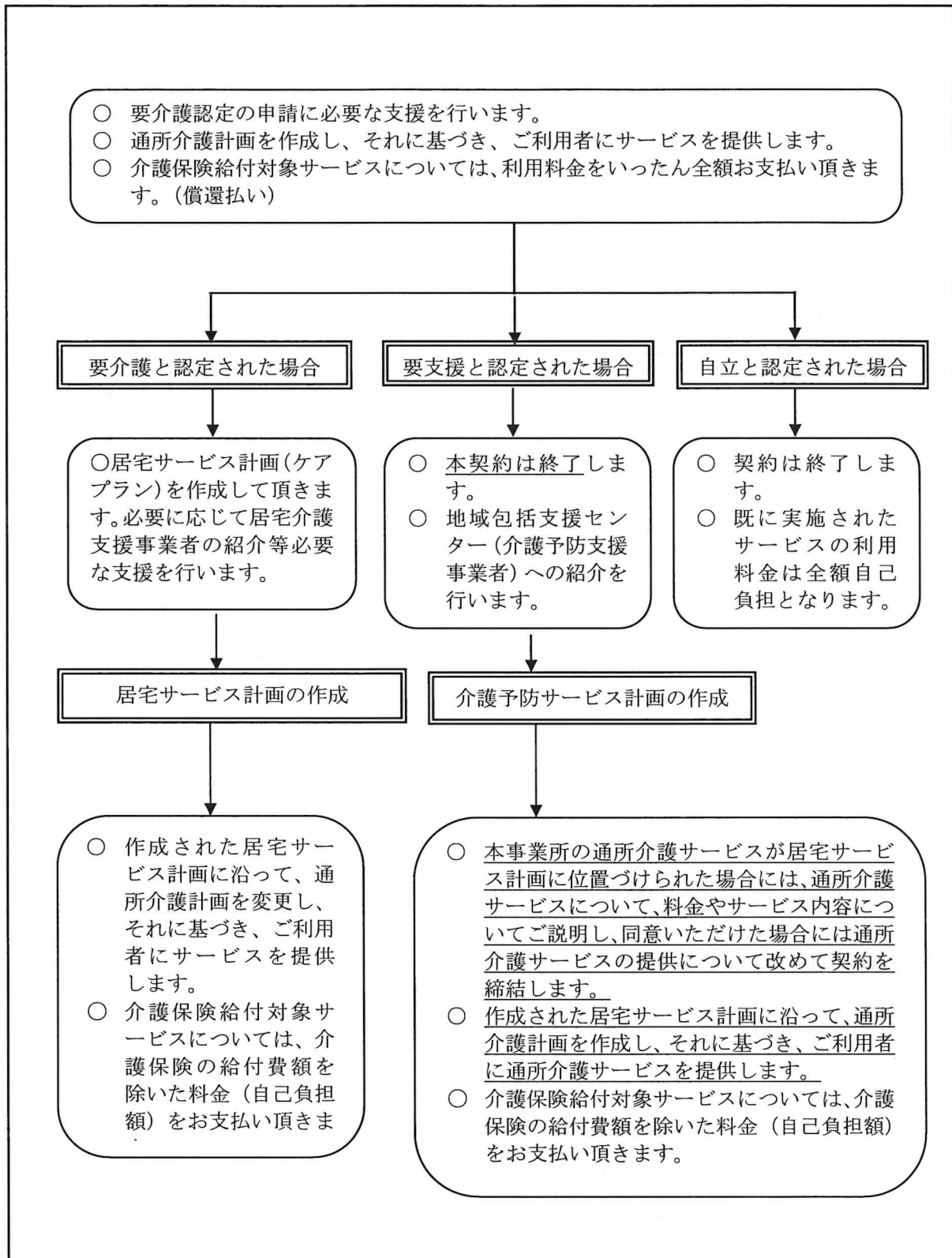


- (2) ご利用者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条10条 三者契約書第10条11条参照）

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
 - ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
 - ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご利用者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
 - ④ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
 - ⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
- ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。又、サービス担当者会議など、契約者に係る他の介護予防支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

5. サービスの利用に関する留意事項

（1）施設・設備の使用上の注意（契約書第11条 三者契約書第12条参照）

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

（2）喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

6. 損害賠償について（契約書第12条13条 三者契約書第13条14条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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、当事業所との契約は終了します。

（契約書第15条 三者契約書第16条参照）

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定又は要支援認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④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
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 16 条 17 条 三者契約書第 17 条、18 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③ご利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（２）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 18 条 三者契約書第 19 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にご利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

（３）契約の終了に伴う援助（契約書第 15 条 三者契約書第 16 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

令和 年 月 日

同 意 書

サービス利用者氏名 _____

契 約 者 氏 名 _____ ⑨ 続柄 ()

利用契約書にもとづき、サービス利用者に係る「サービス担当者会議」での利用など正当な理由がある場合には、居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者・介護保険施設関係人に対し、サービス利用者又は契約者およびその家族等の個人情報を提供することに同意します。

デイサービスセンター すみれ園

施設長 黒岩 正孝 様

令和 年 月 日

社会福祉法人 聖仁会
す み れ 園

当園は入所及び通所中において、不慮の事故が発生した場合、施設として見舞金を受け取る保険に加入しております。

同 意 書

事故時、当事者(受傷者)の治療費や付き添い等に関して施設が負担する事がある為、保険会社から受傷者に支給される見舞金は、治療費や付き添い費等に充当することに同意します。

サービス利用者氏名 _____

同意者 氏 名 _____ ⑩ (続柄 _____)