

重要事項説明書 (通所介護)

通所介護サービスを提供するにあたり、厚生省第37号に基づいて、当事業所があなたに説明すべき

事項は、次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 愛隣会
主たる事業所の所在地	長崎県東彼杵郡波佐見町稗木場郷794番地1
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	岡崎 敏幸
電話番号	0956-85-4598

2. 事業所

事業所の名称	デイサービスセンターはさみ園		
事業所の所在地	長崎県東彼杵郡波佐見町稗木場郷796番地3		
介護保険事業所番号	4271201032		
利用定員	25名		
サービス提供地域	波佐見町及び、当事業所より10km圏内		
管理者氏名	岡本 いずみ	連絡先	0956-85-4707

3. 当事業所が併せて実施する事業

事業所の種類	指定年月日	指定番号	利用定員
特別養護老人ホームはさみ荘（広域型）	令和2年4月1日	42712002 32	31名
特別養護老人ホームはさみ荘（地域密着型）	令和2年4月1日	42912000 14	19名
（介護予防）短期入所生活介護	令和2年4月1日	42712001 74	19名
グループホームはさみ里	令和3年11月1日	42712005 54	24名
居宅介護支援事業所はさみ荘	令和3年10月1日	42712005 21	30名

4. 職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	事業所の従業員の管理及び業務の実施状況の把握及び業務の管理を一元的に行う	常勤 1名
生活相談員 (介護職員兼務)	利用者及びその家族との面接、生活相談、利用者の申し込みの調整、介護計画の作成、他事業所との会議へ	常勤 3名

	の参加、介護指導等や事業所にかかわる活動の計画、実施などの管理に努める	
看護職員	利用者の健康状態を把握し、健康指導や主治医との連絡調整、家族への看護指導等を行い、その旨を他の従業者に指示し、安全で快適な通所介護の提供を行う、その他、活動プログラムへの協力を行う	常勤 2名 非常勤 1名
介護職員	利用者に対する食事や排泄の介助、入浴の準備・片付け、送迎時の運転や付き添い、その他、活動プログラムへの協力を行う	非常勤 3名
機能訓練指導員 (看護職員兼務)	利用者が日常生活を営むために必要な機能の減退を防止するための指導・訓練・補助を行う	常勤 2名 非常勤 1名

5. 営業日及び営業時間

- (1) 営業日は年中無休とします。但し自然災害や感染症蔓延時はこの限りではありません。
- (2) 営業時間は午前8時00分から午後17時00分までを基本とします。
- (3) サービス提供時間は、午前8時30分から16時30分までとします。

6. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

要介護状態にある高齢者に対し、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者・家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために適切な介護サービスを提供することを目的とします。

(2) 事業の運営の方針

- ① 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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行います。
- ② 事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

7. 利用料等

- (1) 利用者からお支払いいただく利用料等は、別紙料金表のとおりです。
- (2) 利用料等の支払いは、利用者が介護保険からの給付サービスを利用する場合は、法定の利用料（費用基準額）から事業所に支払われるサービス費を差し引いた金額を、利用者負担金としてお支払いいただきます。ただし、公費、減免または給付制限等がある場合は、この限りではありません。

また、居宅サービス計画書を作成しない場合などは、利用者がいったん利用料の全額を事業

者に支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求し、払い戻しをうけていただきます。要介

護度に応じた支給限度基準額を超えるサービスについては、全額利用者負担になります。

- (3) 事業者は、介護保険給付対象外サービスの提供にあたっては、あらかじめ利用者又

はその家族等に対し、当該サービスの内容及び費用について事前に説明を行い、同意をうけるものとします。

- (4) 利用料等はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。請求書は利用明細を添えて、利用月の翌月10日迄に利用者宛てにお届けします。
- (5) 利用料等のお支払い方法は、翌月27日までに利用者の指定金融機関の口座から引き落としにてお支払いいただくか、もしくは現金でお支払いいただきます。
- (6) お支払いを確認しましたら領収書を発行します。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当事業所にお電話又はご来所いただくか、居宅介護支援事業所にお申込ください。

(2) サービスの終了

①利用者の申出によりサービスを終了する場合

サービス終了を希望する3日前までに文書でお申出ください。

②事業者の申出によりサービスを終了する場合

- ・人員不足、事業規模の縮小、事業所の休廃止等やむを得ない事情により、この契約に基づく通所介護の提供が困難になった場合（この場合、終了1ヵ月前までに文書で通知します）
- ・利用料金の滞納があった場合（契約書第7条）
- ・利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合
- ・利用者、その家族が従業者に対して、ハラスメントと認められる行為をなし、改善の見込みがない場合

③自動的にサービス終了となる場合

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護を受けることとなった場合
- ・利用者の要介護認定区分が非該当又は要支援と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

9. 利用の中止（キャンセル）

(1) 利用者がサービス利用の中止をする際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 : デイサービスセンターはさみ園

電話 : 0956-85-4707

FAX: 0956-85-6138

(2) サービス利用のキャンセルについては、当日8時30分までに事業所までご連絡下さい。それ以降のキャンセルにつきましては、当該利用予定日の食費相当額をお支払いいただきます。

また、当日サービス利用中における食事のキャンセルについても同様としますので、ご了承ください。

10. 緊急時の対応

サービスの提供中に事故、体調の急変、その他緊急事態が生じたときは、ご家族、主治の医師、救急機関、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

医療機関名	主治の医師等の氏名 : 連絡先 :
緊急連絡先	氏名 (続柄) : 連絡先 :

11.事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に早急に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。このため、次の賠償責任保険に加入しています。

- ・保険の種類 しせつの損害補償
- ・保険会社 全国社会福祉協議会 しせつの損害補償

12.非常災害対策

非常災害時に関する具体的計画を作成し、防火管理者又は火器・消防等についての責任者を定めておくとともに、非常災害に備える為に年2回、防災訓練（避難・通報・消火訓練等）を行います。

13. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

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 [管理者] 岡本いずみ 電話：0956-85-4707

○苦情解決責任者 [施設長] 高木敏彦 電話：0956-85-4598

○受付時間 毎日午前8時00分～午後17時00分

○第三者委員 兒玉涼子 電話：0956-85-5553

山口 徹 電話：090-8838-7110

○処理体制手順

①利用者及びその家族から苦情・相談を受け、内容を十分に聴き確認した上で、その段階

で解決できると判断されるものは、その場で解決致します。

②その場で解決が困難な場合は、処理を保留し、管理者及び苦情相談の対象となっている

部署の責任者と協議し解決致します。

③当該事業所内での解決が困難な場合は、あらかじめ事業所が選任した第三者委員立

会いのもと、当該利用者との話し合いを行い解決致します。

④ ③での解決が困難な場合は、当該利用者及びその家族に苦情受付機関（行政機関）への申し立てが出来る旨を伝え、速やかに当該事案の概要を県当局に報告し、その指示を仰ぐものとします。

【公的機関】

長崎県長寿社会課	所在地	長崎市尾上町3番1号		
	受付時間	8時30分から17時30分		
	電話	095-895-2431	FAX	095-895-2576
波佐見町役場 長寿支援課 長寿介護班	所在地	東彼杵郡波佐見町宿郷660番地		
	受付時間	8時30分から17時30分		
	電話	0956-80-6655	FAX	0956-85-5581
川棚町役場 長寿支援課 長寿介護係	所在地	東彼杵郡川棚町中組郷1518-1		
	受付時間	8時30分から17時30分		
	電話	0956-59-5883	FAX	0956-82-3134
長崎県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	長崎市今博多町8番地2		
	受付時間	8時30分から17時30分		
	電話	095-826-7291	FAX	095-826-1779

14. 衛生管理体制

感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に対する対策として、事業所は平常時の対策及び

発生時の対応を規程し、従業者に対し周知徹底します。

15. 虐待防止に関する事項

事業所は、サービス提供中に従業者又は養護者（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、速やかに市町村へ報告します。

16. 身体拘束に関する事項

事業所は、当該利用者又は他の利用者及び入所者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、利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合は、身体拘束適正化委員会を開催し、厚生労働省が策定した「身体拘束ゼロへの手引き」を遵守し、適正な取り扱いにより行うものとします。また、その実施状況等は家族・保険者へ報告します。

17. 業務継続計画に関する事項

事業所は、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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

安全なサービスを提供するために、通所介護の利用停止等を事業所内で判断し、担当の居宅介護支援事業所及びご家族へ報告し、必要な措置を講じさせていただきます。

18. 肖像権に関する事項

事業者が施設の事業紹介や同内容の取り組みを紹介する用途に限り、事業所内外で撮影しましたご利用者の写真等を使用させて頂く場合がございます。

この同意により、利用者本人・家族又は第三者から、クレーム等の異議申し立てが一切なされないことを保証致し、使用した広告・映像・印刷物・商品などについて、使用されたことによる金銭的対価を求めないことに同意します。

社会福祉法人愛隣会の、【 ホームページ ・ パンフレット ・ 広報誌 ・ 施設内掲示物 】に、使用されることに対して (同意します ・ 同意しません)。

19. 事例検討、報告への協力をお願い

従業者は、質の向上のため様々な研修会へ参加しています。その研修会にあたり、実際の事例を用いた勉強会も増えてきました。事例報告をする際には、ご利用者の住所、氏名、生年月日など個人の特定に繋がる情報は記載致しません。このようなことにご理解頂き、事例報告にご協力いただけますようよろしくお願いいたします。なお、ご協力頂けなかった場合でもご利用者に不利益がないことをお約束致します。

このような趣旨をご理解の上、事例報告に対して (同意します ・ 同意しません)。

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。

社会福祉法人 愛隣会
通所介護 デイサービスセンターはさみ園

説明者職名：

氏名：

私は、本書面に基づいて事業所からの重要事項説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意し受領しました。

令和 年 月 日

利用者

住所： _____

氏名： _____

家族又は代理人

住所： _____

氏名： _____

続柄： _____

()

【利用料金表】

* 介護保険負担分 *

項目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護サービス費	3～4 h (日額) 370	(日額) 4 23	(日額) 4 79	(日額) 5 33	(日額) 5 88
	4～5 h (日額) 388	(日額) 444	(日額) 502	(日額) 560	(日額) 617
	5～6 h (日額) 570	(日額) 673	(日額) 777	(日額) 880	(日額) 984
	6～7 h (日額) 584	(日額) 689	(日額) 796	(日額) 901	(日額) 1,008
	7～8 h (日額) 658	(日額) 777	(日額) 900	(日額) 1,023	(日額) 1,148
	8～9 h (日額) 669	(日額) 791	(日額) 915	(日額) 1,041	(日額) 1,168

サービス提供体制加算Ⅱ	(日額) 18	(日額) 18	(日額) 18	(日額) 18	(日額) 18
介護職員等処遇改善加算Ⅱ ※介護保険負担分に9.0%を乗じた金額	(日額) 54	(日額) 64	(日額) 73	(日額) 83	(日額) 92

項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
◇利用料合計◇ ※基本時間6~7hの場合	(日額) 656	(日額) 771	(日額) 887	(日額) 1,002	(日額) 1,118

* 自己負担分 *

項目	1食
昼食代	550

* 個別加算（該当者のみ） *

項目	日額
入浴介助加算Ⅰ *入浴中の観察を含め、適切に介助を行った場合	40
個別機能訓練加算Ⅰイ *生活機能の向上を目的とする訓練を提供した場合	56
送迎減算 *送迎を行わない場合（片道）	-47

* その他 *

項目	日額
尿取りパッド	30
紙パンツ (M)	100
紙パンツ (L)	100