

「デイサービスセンター永利」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。

(薩摩川内市指定 4670201351 号)

当事業所は利用者に対して地域密着型通所介護及び（介護予防・日常生活支援総合事業）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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「事業対象者」「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

◇◆目次◆◇

- 1 事業者
- 2 事業者の概要
- 3 事業実施地域及び営業時間
- 4 職員の配置状況
- 5 当事業所が提供するサービスと利用料金
- 6 苦情の受付について
- 7 秘密保持・個人情報の保護
- 8 緊急時、事故発生時の対応について
- 9 利用者の尊厳について
- 10 非常災害対策
- 1 1 感染症対策業務継続に向けた取り組み
- 1 2 虐待防止のための取り組み
- 1 3 身体的拘束等の適正化のための取り組み

◇◆付属文書◆◇

- 1 事業者の概要
- 2 職員の配置状況（職種別）
- 3 契約締結からサービス提供までの流れ
- 4 サービス提供における事業者の義務
- 5 サービスの利用に関する注意事項
- 6 損害賠償について
- 7 サービス利用をやめる場合

1 事業者

法人名 社会福祉法人 伸志会
法人所在地 鹿児島県薩摩川内市永利2531番地
電話番号 (0996) - 20 - 8137
代表者氏名 理事長 高江 政伸
設立年月 昭和49年2月1日

2 事業者の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業
平成28年4月1日指定（薩摩川内市指定4670201351号）
指定介護予防通所介護事業
平成22年4月23日指定（鹿児島県指定4670201351号）
※平成28年6月1日より介護予防通所介護事業は日常生活支援総合事業へ移行
- (2) 事業所の目的 ※当事業所は特別養護老人ホーム永利に併設されています。
社会福祉法人伸志会が設置、経営する指定地域密着型通所介護事業の運営及び利用について必要な事項を定め、事業の円滑な運営を図ることを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター 永利
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県薩摩川内市永利町2531番地
(5) 電 話 番 号 0996-20-8137
(6) 事業所長（管理者） 氏名 山下 加代子
- (7) 当事業所の運営方針
- ・本事業所において提供する地域密着型通所介護（総合事業）は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
 - ・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に据え、個別に地域密着型通所介護計画書を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
 - ・利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
 - ・適切な介護技術を持ってサービスを提供する。
 - ・常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
 - ・居宅サービスが作成されている場合は、当該計画に沿った地域密着型通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業を提供する。
- (8) 開 設 年 月 平成22年 5月1日
- (9) 利 用 定 員 15名

3 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域：薩摩川内市（離島を除く）

営業及び営業時間

営業日	毎週、月曜日～土曜日（祝祭日、営業） 但し、12月30日～1月3日までを除く
受付時間	月～土 8:00～17:00
サービス提供時間	月～土 9:00～16:05

4 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して通所介護サービス（日常生活支援総合事業）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。

職員の配置状況

職種	職員数（常勤換算）	指定基準	備考
1. 事業所長（管理者）	1	1	生活相談員兼務
2. 生活相談員	1.2	1	介護職員兼務
3. 介護職員	2.8	1	生活相談員兼務
4. 看護職員	1.3	1	機能訓練指導員兼務
5. 機能訓練指導員	1.3	1	看護職員兼務

※尚、調理員については委託契約を結び当事業所内厨房により食事をまかなっております

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、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) 利用料金の金額をご契約者に負担頂く場合

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。

〈サービス概要〉

- ① 食事（但し、食費は別途いただきます。）

当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。食事時間 12:00～13:00

- ② 入浴 入浴又は清拭を行います。寝たきり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 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに身体の能力を活用した排泄支援を行います。

- ④ 機能訓練 機能訓練指導員1名を配置し、介護職員・介護職員が協働し、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の維持向上を目的とした機能訓練を実施します。

通所介護 基本料金 (1日につき)

下記の料金表によって、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）をお支払いください。（上記サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。）

地域密着型通所介護 (1回につき)

1.	要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2.	利用料金(10割)	7,530円	8,900円	10,320円	11,720円	13,120円
3.	サービス利用に係る 自己負担額	1割	753円	890円	1,032円	1,172円
		2割	1,506円	1,780円	2,064円	2,344円
		3割	2,259円	2,670円	3,096円	3,516円
						3,936円

加算料金が上記に追加されます。(1日につき)

1.	加算サービス種類	入浴加算	サービス提供体制加算 I	処遇改善加算 I
2.	利用料金(10割)	400円	220円	
3.	サービス利用 に係る 自己負担額	1割	40円	22円
		2割	80円	44円
		3割	120円	66円

日常生活支援総合事業 (ひと月)

1.	要支援	総合事業・要支援1	要支援2
2.	利用料金(10割)	17,980円	36,210円
3.	サービス利用に係る 自己負担額	1割	1,798円
		2割	3,596円
		3割	5,394円
			10,863円

日常生活支援総合事業 (1日につき)

1.	要支援	事業対象者 要支援1	要支援2
2.	利用料金(10割)	4,360円	4,470円
3.	サービス利用に 係る自己負担額	1割	436円
		2割	872円
		3割	1,308円
			1,341円

日常生活支援総合事業（加算料金）

1.	加算サービス種類	サービス提供体制加算 I		処遇改善加算 I
		要支援 1	要支援 2	
2.	利用料金(10割)	880 円	1,760 円	
3.	サービス利用に 係る自己負担額	1 割	88 円	176 円
		2 割	176 円	352 円
		3 割	264 円	528 円

※下記の料金表、利用者の要支援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）お支払い。（上記サービスの利用料金は、利用者の要支援度に応じて異なります。）

※事業対象者、要支援 1（ひと月 5 回利用）要支援 2（ひと月 9 回利用）のご利用月に関しましては、ひと月算定致します。

（2）介護保険給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事の提供（食費）

利用者に提供する食事にかかる費用です。

料金： 500 円

※ただし来所されご利用の場合、未摂取の場合でも料金は発生します。

② 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施区域を超える地点から 10Km以内の地区にお住まいの方 片道 200 円

通常の事業実施区域を超える地点から 10Km以上の地区にお住まいの方 片道 300 円

③ レクリエーション、クラブ活動

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

料金： 材料代金の実費をいただくことがあります。

④ 複写物の交付

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。

コピー（白黒） 1枚 20 円 カラーコピー 1枚 40 円 その他実費相当分

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適當であるものにかかる費用を負担いただきます。

リハビリパンツ 1枚： 150 円 尿取りパット 1枚： 50 円

※上記以外でも、サービス提供において提供される物品などのうち、利用者に負担していたく費用が発生する場合もあります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前期（1）、（2）の料金・費用は月末にて締め、その後レセプト請求後、利用者様及びご家族様へ請求します。（翌月の10日頃請求します。）お支払い期限は請求月の30日までとします。

（4）利用予定日の前に、利用者の都合により、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に申し出てください。

（5）サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼動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、他の利用可能時を利用者に提示して協議します。

6 苦情・相談の受付について

（1）事業者における苦情の受付

社会福祉法82条の規定により、本事業所では利用者からの相談・苦情に適切に対応する体制を整えてございます。

本事業所における相談・苦情解決責任者、相談・苦情受付担当者及び第三者委員を下記により設置し、相談・苦情解決に努めることと致します。

☆ 苦情担当窓口 (担当者) 生活相談員 山下 加代子

☆ 苦情解決責任者 (責任者) 特別養護老人ホーム永利 施設長 中島 雅彦

☆ 受付時間 毎週 月曜日～土曜日 8：00～17：00

また、苦情受付ボックスをデイサービス事務所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

薩摩川内市 高齢・介護福祉課	所在地 薩摩川内市神田町3番地22号 電話番号 (0996) 23-5111 FAX (0996) 20-5570 受付時間 月～金曜日 8：30～17：15
鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課（介護相談室）	所在地 鹿児島市鴨池7番4号 電話番号 (099) 231-5122 FAX (099) 206-1069 受付時間 月～金曜日 8：30～17：15
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 鹿児島市鴨池新町1番7号 電話番号 (099) 257-3855 FAX (099) 251-6779 受付時間 月～金曜日 8：30～17：15

(3) 第三者委員の設置

当事業所では、皆様からの苦情相談に対し公正に対処するため中立的な立場の第三者委員を設置しております。

【第三者委員】

・海老原 律子 (薩摩川内市永利町)	TEL 0996-20-1629
・田 畑 智 子 (薩摩川内市永利町)	TEL 0996-20-2624
・岡 野 龍 信 (薩摩川内市祁答院蘭牟田)	TEL 0996-56-0337

7 秘密保持・個人情報の保護

- (1) 本事業所の従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を厳守する。
- (2) 従業者であった者が、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な処置を講ずる。
- (3) 全2項にかかわらず、利用者に係わる居宅介護支援事業者等との連携やサービス担当者会議等での個人情報を用いることができるものとします。

8 緊急時・事故発生時の対応について

- (1) 事業者は、サービス提供中に、利用者の病状の急変または、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医或いは協力医療機関に連絡し適切な処置を講じるものとします。
- (2) 指定地域密着型通所介護サービス（介護予防・日常生活支援総合事業）の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者等に対して連絡を行う等の必要措置を講じます。

9 利用者の尊厳について

利用者の人権、プライバシーの保護のために業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

10 非常災害対策

消防法令等に従い、非常災害に関する具体的計画を立てると共に、非常災害に備えるため、年2回以上避難訓練等を行います。また、訓練の実施にあたっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

1.1 感染症対策・業務継続に向けた取り組み

事業所は感染症や災害が発生した場合でも必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築する為に、次の措置を講じます。

- (1) 感染症対策・業務継続に関する定期的な委員会の開催
- (2) 感染対策・業務継続に関する指針の整備
- (3) 定期的な研修及び訓練の実施

1.2 虐待等防止のための取り組み

事業所は、利用者の虐待等の防止のため、担当を定めて次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する定期的な研修の実施
- (2) 虐待防止のための指針整備

(3) 虐待防止のための対策を検討する委員会の設置と従業者への周知

事業所は、サービス提供中に当該事業所従業員又は、擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）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

1 3身体的拘束の適正化のための取り組み

事業所は、利用者に対する身体的拘束、その他行動を制限する行為は行いません。ただし、当該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には、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間等を記載した経過観察記録、検討記録等、記録の整備や適正な手続きを経たうえで身体等の拘束を行うものとします。利用者に対する身体的拘束適正化のため、以下の措置を講じます。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための指針の整備
- (2) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催
- (3) 介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を実施。

〈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 平屋建て
- (2) 建物の延べ床面積 1階 226.88 m²

2. 職員の配置状況

〈配置職員の職種〉

- | | |
|-----------|--|
| 生 活 相 談 員 | ・・・利用者の日常生活上、介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。 |
| 介 護 職 員 | ・・・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。 |
| 看 護 職 員 | ・・・主に利用者の健康管理や療養上の世話をいますが、日常生活上の介護、介助等も行います。 |
| 機能訓練指導員 | ・・・利用者の機能訓練を担当します。 |

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) 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「地域密着型通所介護（介護予防通所介護）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条参照)

当事業所の介護支援専門員(ケアマネージャー)に地域密着型通所介護(介護予防サービス・支援)計画の原案作成やその為に必要な調査等の業務を担当させます。



その担当者は地域密着型通所介護(介護予防サービス・支援)計画の原案について、利用者及びその家族に対して説明し、同意を得たうえで決定し地域密着型通所介護(介護予防サービス・支援)計画を交付致します。



地域密着型通所介護(介護予防サービス・支援)計画は、居宅サービス計画(ケアプラン)が変更された場合、もしくは利用者及びその家族等の要請に応じて変更の必要があるかどうか確認し、変更の必要のある場合、利用者及びその家族等と協議して地域密着型通所介護(介護予防サービス・支援)計画変更します。



地域密着型通所介護(介護予防サービス・支援)計画が変更された場合には、利用者に対して書面を交付し、その内容を確認して頂きます。

(2) 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

- ・居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- ・地域密着型通所介護(介護予防サービス・支援)計画を作成し、それに基づき、利用者にサービスを提供します。
- ・介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払い頂きます。
(償還払い)



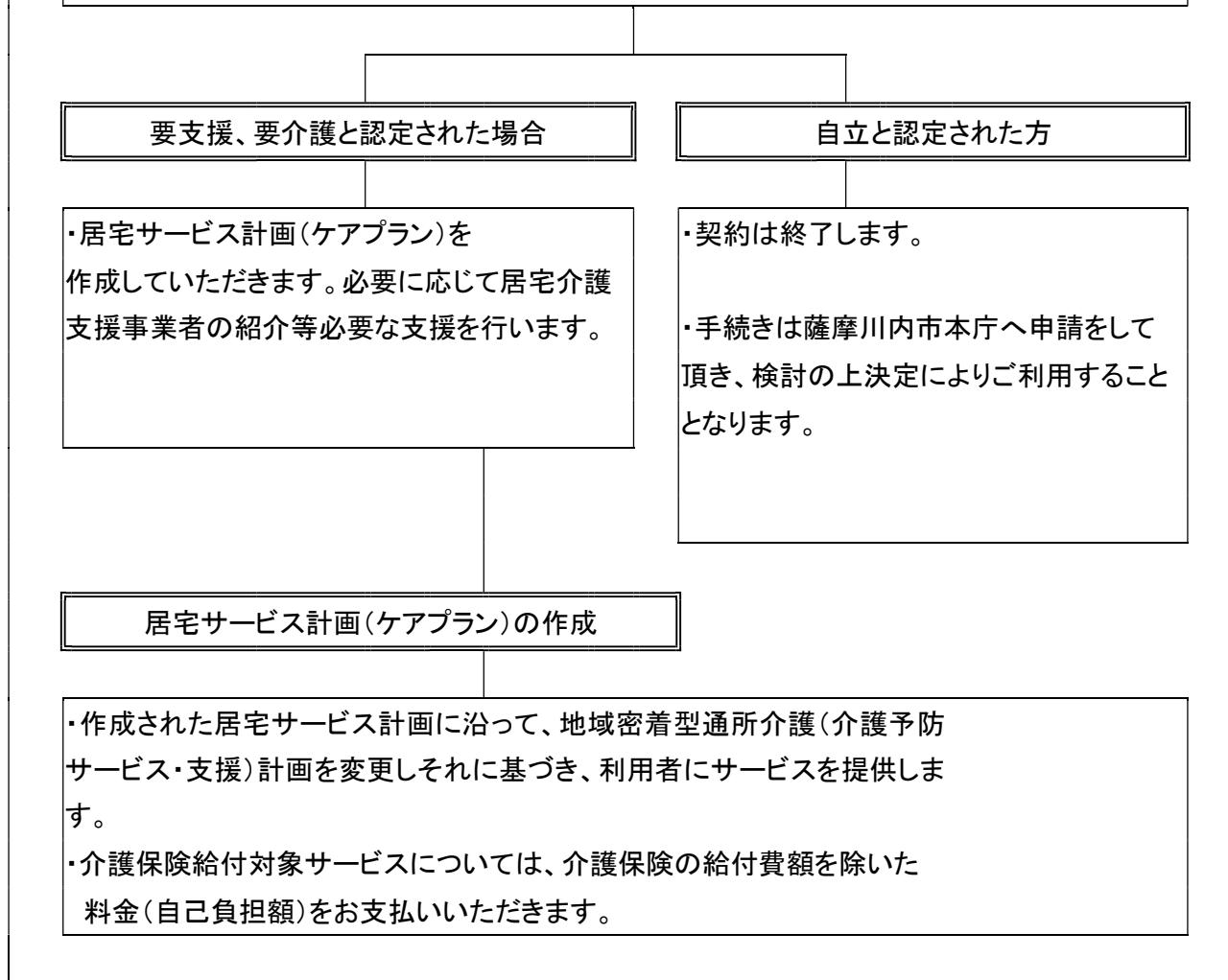
居宅サービス計画(ケアプラン)の作成



- ・作成された居宅サービス計画に沿って、地域密着型通所介護(介護予防サービス・支援)計画変更し、それに基づき、利用者にサービスを提供します。
- ・介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金
(自己負担額)をお支払い頂きます。

② 要介護認定を受けていない場合

- ・要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- ・地域密着型通所介護(介護予防サービス・支援)計画を作成し、それに基づき、利用者にサービス提供します。
- ・介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払い頂きます。
(償還払い)



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10条参照）

当事業所では、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 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 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、利用者から聴取、確認します。
- ③ 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、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 利用者へのサービスの提供時において、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、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身

等の情報を提供します。

また、利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、利用者の同意を得ます。

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条参照）

- 施設、設備、敷地を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、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

- 事業所内で指定された場所での喫煙は可能です。ご理解の上、ご協力下さい。

6. 損害賠償について（契約書第12条、第13条参照）

当事業所において、事業者の責任により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、利用者に故意又は過失が認められる場合には、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、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

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に至った場合には、当事業者との契約は終了します。

（契約書第15条参照）

- ① 利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- 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、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 当事業者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 利用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) 利用者からの解約・契約解除の申し出（契約書第16条、第17条参照）

契約の有効期間であっても、ご家族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下さい。

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 利用者が長期入院された場合
- ③ 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 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地域密着型通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 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 業者もしくはサービス事業者が故意又は過失により利用者の身体・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 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷付け
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 利用者が、契約締結時にそ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 利用者による、サービス利用料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 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条参照）

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

指定地域密着型通所介護サービス（介護予防・日常生活支援総合事業）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。

指定介護事業所　社会福祉法人伸志会　デイサービスセンター永利
事業所所在地　鹿児島県薩摩川内市永利町2531番地

説明者 氏名　　管理者(生活相談員)　　山下 加代子　　印

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、指定地域密着型通所介護（介護予防・日常生活支援総合事業）サービスの提供開始に同意しました。また、私は医療上緊急の必要がある時、サービス担当者会議、あるいは他事業所へ入所する時等、正当な理由を条件に、私に関する情報を提供します。（個人情報等）

利用者住所　薩摩川内市

氏　　名　　印

家族代表者住所　薩摩川内市

氏　　名　　印
(　続　　柄　　)