

【 指定第一号通所事業（通所型サービス A）重要事項説明書 】

あなたに対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第 37 号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第 105 条、第 8 条に基づいて、当事業者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

法 人 種 別	社会福祉法人秋桜会
代 表 者 氏 名	理事長 前田 尚男
管 理 者	井上 章
法 人 所 在 地	高知県高岡郡日高村沖名 1 番地
事 業 所 指 定 番 号	高知県 第 3972500189 号
業 務 概 要	通所介護
事 業 所 数	1 力所

本 所 事 業 所 名	デイサービスセンターひだか
本 所 所 在 地	高知県日高村沖名 1 番地
本 所 連 絡 先	TEL：0889-20-1617
本 所 サ ー ビ ス 提 供 地 域	いの町、日高村、佐川町
本 所 定 員	35 名まで

2. 事業所の職員体制

職 種	職 務 内 容	常 勤	非 常 勤	計
管理者	従業者・業務の管理	1 名	0 名	1 名
生活相談員	計画作成、相談業務、連絡調整	1 名以上	0 名	1 名以上
看護職員	看 護 業 務	1 名以上		1 名以上
介護職員	介 護 業 務	5 名以上		5 名以上
機能訓練指導員	訓練の指導・助言	1 名以上		1 名以上

3. 営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月曜日 ～ 土曜日
- (2) 営業時間 8：30～17：30
- (3) サービス提供時間 9：30～16：00

4. サービスの内容

通所介護の内容は、指定居宅介護支援事業者又は利用者本人等の作成した居宅サービス計画書に基づいて、下記のサービス内容から利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容やサービス実施日などを記載した「通所介護計画」を定めてサービス提供を行います。「通所介護計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、利用者の申し出によりいつでも見直すことができ、必要に応じて担当指定居宅介護支援事業者と連絡調整します。また、サービス内容は記録を残しサービス提供の最終日から 5 年間保存します。

1) サービス内容

- (1) 日常生活動作の程度により、必要な支援及びサービスを提供する。
- ①排泄の介助 ②移動、移乗の介護 ③その他日常生活において必要な介助

(2) 食事に関すること

給食を希望する利用者に対して、必要な食事サービスを提供する。

- ①準備、後始末の介助 ②食事摂取の介助 ③その他の必要な食事の介助

(3) アクティビティ・サービスに関すること

利用者が生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるような生活援助（支援）や家庭での日常生活に必要な基礎的なサービス（訓練）及び機能低下を防ぐために必要な訓練を行う。また、利用者の身体的、精神的な疲労回復と気分転換が図れるような各種サービスを提供する。

- ①レクリエーション ②グループワーク ③活動 ④体操 ⑤機能訓練 ⑥休養（養護）

(4) 送迎に関すること

障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者については必要な支援サービスを提供する。

①移動・移乗動作の介助 ②送迎

(5) 相談、助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における身上、介護等に関する相談及び助言を行う。

①日常生活動作訓練の相談、助言 ②日常生活自具の利用方法の相談、助言

③住宅改良に関する相談、助言 ④その他必要な相談、助言

(6) 入浴に関すること

家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する。

①衣類脱着の介助 ②身体の清拭、洗髪、洗身 ③その他の必要な入浴の介助

(7) 個別機能の向上

利用者の心身の状態を利用開始時に把握し、機能訓練指導員、その他職種のもものが共同して作成した個別機能訓練計画に基づいた、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを経たサービス提供を行う。

5. サービス利用料及び利用者負担

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、所得に応じ利用料金の1割から3割負担です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス及び、介護保険外サービスの利用は全額自己負担となります。

各加算に関しては、介護保険法における人員配置、算定基準等を遵守したうえで、利用者又はその家族に説明同意を得たものに対し算定します。

	要支援 1	要支援 2
基本単位（一月につき）	1798	3621
利用者の数が利用定員を超える場合又は、看護、介護職員数が基準に満たない場合	基本単位×70/100	
生活機能向上グループ加算	100/1月	
栄養アセスメント加算	50/1月	
栄養改善加算	200/1月	
口腔機能向上可算（Ⅰ）	150/1月	
科学的介護推進可算	40/1月	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	88/月	176/月
通所型独自サービス処遇改善加算（Ⅰ）	基本単位に各加算を足し合わせた合計の92/1000に相当する単位数	
事業所評価加算	120/月	

※1単位＝10円

★介護予防通所介護の利用料は月定額となります。ただし、①要介護から要支援に変更になった場合②要支援から要介護に変更になった場合③同一保健者管内での転移等により事業所を変更した場合は日割り計算とします。

★食費は介護保険からの給付サービスではなく自己負担です。

：昼食600円

★昼食は原則として持ち込みは不可ですが、当施設管理者が必要と認めた場合この限りではありません。また、この場合の送迎時の各販売店での購入はお断りいたします。

★その他日常生活でかかる費用が必要となった場合は、その都度利用者又はその家族に説明し同意を得たものに対し徴収します。

6. 支払い方法

利用者負担金は、毎月10日までに請求しますので、下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ア. 窓口で現金払い
- イ. 銀行振込
- ウ. 口座引き落とし

7. キャンセル

利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）： 0889-20-1617

8. 相談窓口、苦情対応

（1）サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応いたします。

当事業所お客様相談窓口	電話番号	0889-20-1617
	FAX 番号	0889-20-1618
	相談員	田中 典子
	対応時間	8:30～17:00（月～土）

（2）公的機関においても次の機関に対し苦情等の申し立てができます。

相談窓口	機関名	所在地	電話番号
日高村介護保険相談窓口	日高村地域包括支援センター	高岡郡日高村本郷 61-1	0889-24-5197
	日高村役場 健康福祉課	高岡郡日高村本郷 61-1	0889-24-5197
いの町介護保険相談窓口	いの町地域包括支援センター	吾川郡いの町 1400 番地すこやかセンター内	088-892-1635
	いの町役場 ほけん福祉課	吾川郡いの町 1700-1	088-893-3810
佐川町介護保険相談窓口	佐川町地域包括支援センター	高岡郡佐川町乙 2310	0889-22-7137
	佐川町役場 健康福祉課介護ほけん係	高岡郡佐川町乙 2310	0889-22-7709
高知県介護保険相談窓口	高知県庁 地域福祉部 高齢者福祉課	高知市丸ノ内 1-2-20	088-823-9630
高知県国民健康保険団体連合会	介護保険課 苦情相談係	高知市丸ノ内 2 丁目 6 番 5	088-820-8410
			088-820-8411

9. 緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

10. 事故発生時の対応

（1）事業者は、利用者に対する居宅介護支援サービスの提供により、事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者などに、連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

（2）事業所は、利用者に対する居宅介護支援サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を行います。

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- （1）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- （2）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- （3）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

12. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。また、事業所は非常災害の訓練を実施するとともに、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努め、災害時業務継続計画を作成し、非常災害後早期にサービス提供が行えるよう努めます。

13. 虐待の防止について

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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	主任 田中 典子
-------------	----------

- (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) 従業員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。

14. 身体拘束について

事業者は、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、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・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の記録を行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、本人または他人の生命・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ます。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・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。

15. 衛生管理等

- (1) 通所型介護予防サービスの用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 通所型介護予防サービス事業所において感染症が発生し、又はまん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、常に密接な連携に努めます。
- (4) 感染症の発生時において、利用者に対するサービス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感染時業務継続計画を作成し必要な措置を講じます。

【 説明確認欄 】

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

令和 年 月 日 事業者所在地 〒781-2152 高知県高岡郡日高村沖名 1 番地

事業者名 社会福祉法人秋桜会 デイサービスセンターひだか

説明者

サービス利用者

居宅サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

住 所

氏 名

署名代行者

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

※この欄は、甲に意思能力が認められることを前提に、筆記能力のみが欠けている場合に署名の代行を明らかにするためのものです。

住 所

氏 名

家族代表者、成年後見人、補佐人、等

居宅サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

☐ 家族代表者 ☐ 成年後見人 ☐ 補佐人（該当関係にレ記入）

住 所

氏 名