

介護予防・日常生活支援総合事業
デイサービスセンターよしの重要事項説明書

事業所は、介護保険の指定を受けています。
(阿波市指定 第3691600054号)

当事業所は契約者（利用者）に対して通所介護相当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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定及び基本
チェックリスト該当者が対象となります。

◇◆目 次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 職員の配置状況	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3～5
5. 事故発生時の対応について	6
6. 個人情報同意書について	7
7. 苦情・ハラスメントについて	7～8
8. 苦情の受付について（契約書第7章第24条参照）	8
9. 非常災害対策について	8～9
10. 事業継続計画の策定について	9
11. 感染症の予防及び蔓延の防止について	9
12. 高齢者虐待防止・身体拘束適正化・事故防止について	9
13. 反社会的勢力の排除	9

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 白寿会
- (2) 法人所在地 徳島県徳島市住吉四丁目11番10号
- (3) 電話番号 088-626-1080
- (4) 代表者氏名 理事長 庄野 光昭
- (5) 設立年月日 大正5年1月1日

2.事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防・日常生活支援総合事業所（第一号通所事業所）
平成30年5月1日指定
阿波市3691600054号
- (2) 事業所の目的 介護予防・日常生活支援総合事業所（第一号通所事業所）は、介護保険法令に従い、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その居宅において営むことができるようまた、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します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターよしの
- (4) 事業所の所在地 阿波市吉野町柿原字二条146番地1
- (5) 電話番号 088-696-5533
- (6) 管理者 氏名 大戸井 美生
- (7) 当事業所の運営方針
利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、入浴介助・排泄介助・食事介助・その他、必要な支援を行い、家庭でのお世話と変わらないサービスを提供します。
- (8) 開設年月日 平成28年4月1日
(介護予防・日常生活支援総合事業所(第一号通所事業所))
- (9) 通常の事業の実施地域 阿波市
- (10) 営業日及び営業時間 月曜日から金曜日
時間:送迎時間を含む8時15分から17時15分まで。
- (11) 利用定員 15人
※通所介護利用者を含む合計です。

3.職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して通所介護相当サービス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、指定基準以上を遵守しています。

(月曜日～金曜日)

職 種	常勤換算	指定基準
1.管理者	1名(兼務)	1名
2.生活相談員	1名以上(兼務)	1名
3.介護職員	1名以上(兼務)	1名
4.看護職員	1名以上(兼務)	1名
5.機能訓練指導員	1名以上(兼務)	1名
6.管理栄養士	1名(兼務)	0名

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	曜 日	勤 務 体 制
1. 生活相談員	月～金	勤務時間：8：15～17：15
2. 介護職員	月～金	勤務時間：8：15～17：15
3. 看護職員	月～金	勤務時間：8：15～17：15
4. 機能訓練指導員(看護職員兼務)	月～金	勤務時間：8：15～17：15

4. 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)利用料金の全額を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(契約書第一章第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。

＜サービスの内容＞

種 類	内 容
通所介護相当サービス計画書の作成	利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス計画・介護予防マネジメント計画に基づき、利用者の意向や心身

		の状況、環境等の聞き取りを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護相当サービス計画を作成します。
日常生活上のお世話	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（一般浴・機械浴）の介助や清拭、洗髪などを行います。
	食事の提供及び介助	栄養士の立てる献立による食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。
	排泄の介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行うと共に、排泄の自立について適切な援助を行います。
	更衣の介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、屋内の移動、車椅子への移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の介助を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	個別訓練	必要に応じ、機能訓練指導員が個別に、専門的知識に基づく機能低下を防止するためのなどの訓練を行います。

＜サービス利用料金（１回あたり）＞（契約書第８条参照）

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。利用料金は利用者の要介護度に応じて異なります。別紙（付属文書）にて詳細な金額をお知らせいたします。詳細は担当の介護支援専門員にお尋ねください。

☆利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記（２）①参照）

☆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、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

（契約書第一章第５条、第二章第１０条参照）＊

以下のサービスは、利用料金の全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（食事の提供を行う体制を確保しております。１食につき食材料費を含む５００円を介護保険外利用料として徴収致します。）

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） １１：４５～１２：４５

② 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・閲覧

利用者及び契約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、利用者の日常生活に要する費用で契約者に負担いただくことが適正であるものにかかる費用を負担いただきます。

☆ 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、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第二章第8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。

○ご希望によっては利用月の翌月にまとめて請求させていただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第二章第9条参照）

○利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護相当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申し出て下さい。

○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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	(自己負担額相当額)

○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。

利用時において、事故が発生した場合は次の通りに対応することを基本と致します。

発見者 → サービス提供者（デイサービスセンターよしの職員等）→ 管理者（大戸井美牛）→ 連絡機関（連絡機関は下記の通り）

- ①家族等 (TEL)
(TEL)
- ②担当居宅介護支援事業者 ()
(TEL)
- ③保険者 (TEL)
- ④その他 ()

①応急措置（指定地域密着型通所介護事業所の看護職員あるいは併設事業所の看護職員へ連絡し、必要な措置を行い、看護職員の判断をもって速やかに主治医・協力医療機関・救急車の要請等を行います。）

- ②主治医(TEL)
- ③協力医療機関(石井町 手束病院 TEL 088-674-0024)
- ④原因の究明について

当該事故について速やかに管理者及びサービス責任者を中心に原因の究明を行い、利用者・家族及び関係諸機関に文書にて報告するものと致します。

- ## ⑤ 再発防止策の検討について

④の報告を受けて、再発防止策の検討について管理者が中心となり、再発防止策を講じ、その始末を記録し、職員に周知徹底することと致します。

- ⑥損害賠償について（契約書第五章第15条から17条参照）

事業所は、サービスの提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、自らの責に帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

6. 個人情報同意書について

契約書第三章第12条にも明記され、別紙（付属文書）においても個人情報の保護に関する方針を説明させていただいておりますが、再掲し、同意書として利用契約者が署名捺印し、確認されるものと致します。

個人情報使用同意書内容

- 1 事業者及びサービス従業者または従業員は、指定地域密着型通所介護を利用するうえで知り得た利用者又は契約者に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- 2 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性ある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- 3 第2項に拘わらず、利用者に係る他の居宅介護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利用者又は契約者等の個人情報は用いることができます。
- 4 介護保険請求事務に関する国保連合会との照会と回答及びレセプト業務に関する内容については、その必要な情報のみ、これを提出します。
- 5 施設への管理運営に関し、監査等、国県市等の公共機関への情報提供が必要な場合は、これを提出致します。
- 6 学生の実習への協力、施設の事例研究等に関し、必要な場合は別途説明をさせて頂き、承諾書を頂くことと致します。

(5) 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

7. 苦情・ハラスメントについて

- (1) 事業所は利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置、利用者又は家族に対する説明、記録の整備、この多必要な措置を講じるものとします。
- (2) 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（及ばされそうになった）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、取引先事業所の方、利用者及びその家族等が対象となります。
- (3) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアル等を基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。
- (4) 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等を実施します

また、定期的に話し合い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。

境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

8. 苦情の受付について（契約書第七章第24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 兼子 かおり）電話 696-5533

[職名] 生活相談員

（責任者 大戸井 美生）[職名] 施設長

○受付時間 随時受付

○第三者委員

田村 二男 電話（088）695-4153

廣海 美穂子 電話（088）696-2054

増田 守 電話（088）695-2680

中江 弘美 勤務先：徳島文理大学
電話（088）602-8712（呼）

（2）行政機関その他苦情受付機関

阿波市健康福祉部 介護保険課相談窓口	所在地 阿波市市場町切幡字古田201-1 電話番号 0883-36-6814
国民健康保険団体連合会	所在地 徳島市川内町平石若松78-1 電話番号 665-7205
徳島県社会福祉協議会 徳島県運営適正化委員会	所在地 徳島市中昭和町1-2 県立総合福祉センター3階 電話番号 611-9988

9. 非常災害対策について

（1）火災・水害・地震等災害時の対応

当事業所で定めている避難確保計画に沿って対応します。また、ご家族等（緊急連絡先）に連絡し、安全が確保され可能であれば、お迎えをお願いする場合があります。

（2）防災設備

火災報知器、自動火災通報装置、屋内消火栓、防火ドア、非常用発電機、音声告知器、非常食等の備蓄が備わっております。

（3）災害発生時の避難場所

吉野川洪水氾濫による指定緊急避難場所（吉野中学校）

中小河川洪水氾濫・避難経路浸水により阿波市指定避難場所への移動が困難な場合
（当事業所二階）

(4) 防災訓練

年2回、消防訓練、避難誘導訓練など防災訓練を実施いたします。訓練日に通所されている方は、ご協力いただくことがあります。

1 0.事業継続計画の策定等について

感染症や災害が発生した場合であっても、利用者が継続して地域密着型通所介護サービスの提供を受けられ、継続的に実施し、非常時においても早期の事業再開を図れるための計画を策定し、その計画に従い、職員に対して、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。また定期的に事業継続計画の見直しを実施し、必要に応じて計画内容の変更を行います。

1 1.感染症の予防及び蔓延の防止について

事業所は感染症の予防・蔓延の防止のため、次に挙げる事項を実施します。

- (1) 感染症の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会を定期的 to 開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及び蔓延の防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、感染症の予防及び蔓延の防止のための研修及び訓練を定期的 to 実施します。
- (4) 上記措置を適切 to 実施するための担当者を選任します。

1 2.高齢者虐待防止の推進・身体拘束適正化・事故防止

事業所は利用者の人権擁護、虐待防止・身体拘束適正化・事故防止のための、必要な体制の整備を次のとおり実施します。

- (1) 虐待防止・身体拘束適正化・事故防止のための対策を検討する委員会を定期的 to 開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止・身体拘束適正化・事故防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、虐待防止・身体拘束適正化・事故防止のための研修を定期的 to 実施します。
- (4) 上記措置を適切 to 実施するための担当者を選任します。

1 3.反社会的勢力の排除

事業所は反社会的勢力とは利用契約をいたしません。また、契約締結後に契約者または利用者が反社会的勢力と判明した場合には当施設は何らの催告もなく契約を解除しサービスの利用を中止とさせていただきます。

令和 年 月 日

通所介護相当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。また、本書2通を作成し、契約者、事業所が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

デイサービスセンターよしの

施設長 大戸井 美生

説明者 氏名 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、通所介護相当サービスに同意しました。

契約者 住所	氏名	印
	(続柄	)

利用者 住所	氏名	印
--------	----	---

※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、利用申込者また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。また、平成30年4月現在で作成されたものであり、今後、厚生労働省や県市町村の解釈によって細微な点で変更する場合があります。

※ 別紙にて利用料金表と個人情報に関する方針の文書を添付致します。

介護予防・日常生活支援総合事業 [通所介護相当サービス]

デイサービスセンター よしの 料金表

基本料金(要介護度・回数別)

R6.6

区 分		利用回数	利用者負担
要支援1	一月のサービス利用 回数が全部で	4回まで	436単位／回
		4回を超えた場合	1,798単位／月
要支援2	一月のサービス利用 回数が全部で	8回まで	447単位／回
		8回を超えた場合	3,621単位／月

加算等料金

区 分	加 算	利用者負担
事業対象者(週1回)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (介護福祉士が70%以上)	88単位／月
要支援 1		176単位／月
事業対象者(週2回)		
要支援 2		
※右記は区分支給限度額には含まれ ず、全ての方に加算されます。	科学的介護推進体制加算	40単位／月
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1月につき+所定単位×9.2/1000

	生活向上グループ活動加算	100単位／月
	口腔機能向上加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	150単位／月・160単位／月
	栄養改善加算	200単位／月
	口腔スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位／回(6月/1回)
	事業所評価加算	120単位／月
	若年性認知症受入加算	240単位／月

※ご利用者の状態や状況によって「○」が加算されます。

※保険給付以外にかかる金額です。	食材費	500円／回
------------------	-----	--------

※介護サービス料金は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

※加算等料金は、利用回数に関わらず月定額となります。