

重要事項説明書（地域密着型通所介護）Ver. 9（R6.1.1～）

デイハウス ひょうたん池

当事業所はご契約者に対して地域密着型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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。ただし要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 ウェルケア
- (2) 法人所在地 三重県津市上浜町6丁目277番地の1
- (3) 電話番号 059-221-0555
- (4) 代表者氏名 理事長 中北 幸男
- (5) 設立年月 平成9年7月10日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所・平成28年4月1日指定
三重県2470503083号
※当事業所は単独施設です。
- (2) 事業所の目的 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営めるよう、必要な日常生活上の援助および機能訓練を行い、利用者の社会的孤立感の解消、および心身機能の維持、ならびに家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
- (3) 事業所の名称 デイハウスひょうたん池
- (4) 事業所の所在地 三重県津市上浜町6丁目224番地15
- (5) 電話番号 059-253-8188
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 山路 紀子
- (7) 当事業所の運営方針 ・提供するサービスは、介護保険法ならびに関係する厚生労働省令、告示の趣旨に沿ったものとします。
・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と、必要とされる適切なサービスを提供します。
- (8) 開設年月 平成21年12月 1日
- (9) 利用定員 10名

※ ただし災害その他のやむをえない事情のある場合は、この限りではありません。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 旧津市内

(2) 営業日及び営業時間

営業日	日曜日を除く毎日（12月31日～1月3日を除く）
営業時間	月～土 8時30分～17時30分
サービス提供時間	8時50分～16時30分 （上記の時間帯内で、地域密着型通所介護計画書に位置づけられた時間）

4. 職員の配置状況

○当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護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〉

※各階（単位）の職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	資 格		常 勤	非 常 勤
1. 管理者	介護福祉士	事業所の従事者業務の管理	1	
2. 生活相談職員	社会福祉士・介護福祉士	利用申込に係る調整、相談援助及び技術指導。地域密着型通所介護計画の作成。	2	
3. 介護職員	ヘルパー2級 介護福祉士	利用者の心身状況の把握、日常生活上の世話及び介護	1	4
4. 機能訓練指導員	理学療法士	心身機能の維持、向上のための訓練指導、助言。		1

〈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
2. 機能訓練指導員	勤務時間 9：00～12：00

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、ご契約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割ですが、一定以上の所得のある方は8割あるいは7割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①地域密着型介護通所介護計画の作成

- ・利用者に係る居宅サービス計画書（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた地域密着型通所介護計画を作成します。
- ・地域密着型通所介護計画の作成にあたっては、その内容について利用者またはその家族に説明し、同意を得ます。
- ・地域密着型通所介護計画の内容について、利用者の同意を得て、地域密着型通所介護計画書を交付します。
- ・それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。

②利用者宅への送迎

- ・事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、所定の送迎費用をご負担いただきます。

③日常生活上の援助

- ・健康状態のチェック
- ・食事サービスの提供
- ・入浴サービスの提供

④機能訓練

- ・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、体操などを通じて訓練を行います。

⑤その他

- ・創作活動
書道、絵手紙等利用者の選択に基づき、趣味、趣向に応じた創作活動の場を提供します。

⑦個別サービス

- ・若年性認知症ケア
若年性認知症（40歳～64歳）の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

〈サービス利用料金〉

別表の料金表によって、ご契約者の要介護度等に応じた利用料金（自己負担額1割あるいは2割または3割の負担割合による金額）をお支払い下さい。

☆〈別表1～3〉表記の①～⑤の合計に地域区分6級地加算（津市は1単位＝10.27円）を乗じた金額が利用者負担分としての料金となります。

☆ご契約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、居宅サービス計画等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、ご契約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。

☆ご契約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、ご契約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食事の提供（給食費）

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：1食あたり750円

※おやつ代は給食費に含まれておりますが、特別に取り寄せた場合は別途いただきます。

②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地区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。

通常の事業実施地域を越えた地点から、1km超える毎に 30円

③レクリエーション、クラブ活動

ご契約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。

書道：100円（1ヶ月） 絵手紙：100円（1ヵ月） 手芸：実費（1回） ほか

④複写物の交付

ご契約者は、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、個人的に複写物を必要とする場合等複写代として実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

⑤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契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただく

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。

おむつ代：150円

リハビリパンツ：130円

尿とりパッド：30円

ひげそり替え刃：150円

⑥喫茶（コーヒーサービス）

ご希望に応じて、いれたてコーヒーを提供します。

1杯 100円

☆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、あらかじめ利用者またはその家族に対し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとします。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、請求書発行後銀行引き落としか、現金にてお支払いください。

毎月、10日前後に前月の利用料の請求をさせていただきます。

(4) 利用の中止、変更（契約書第8条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、地域密着型通所介護サービスの利用を中止又は変更を追加することができます。この場合には原則としてサービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。

○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。但しご契約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	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約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契約者に提示して協議します。

○入院等で1ヶ月以上休止の場合、再開後、利用日変更の場合もありますので、あらかじめご了承ください。

(5) 地域密着型通所介護従事者の禁止行為

○地域密着型通所介護従事者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ①医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員がおこなう診察の補助行為を除く）
- ②利用者または家族の金銭、預金通帳、証書、重要書類などの預かり
- ③利用者または家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者または第三者等の生命や身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除く）

⑤その他利用者または家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動その他迷惑行為

6. 緊急時の対応について

○ご利用中に体調が悪くなった場合には、ご家族に連絡の上対応を決めます。場合にはよっては、緊急搬送等の必要な措置をとります。

7. 事故発生時の対応

○ご利用中に事故が発生した場合は、保険者、当該ご利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。

8. 損害賠償について

○当事業所において、事業者の責任によりご契約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。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約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。

9. 地域との連携について

○運営にあたっては、地域住民またはその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

○指定地域密着通所介護の提供にあたっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等より構成される協議会（「運営推進会議」）を設置し、概ね6ヶ月に1回運営推進会議を開催します。

○運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けると共に、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

10. 苦情の受付について

(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）

〔職名〕 生活相談員 福井恭子

(津橋北デイサービスセンター「サポート」)

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00 TEL 221-0555

(2) 行政機関その他苦情受付機関

津市 介護保険課 介護保険担当	所在地 津市西丸之内23-1 電話番号 229-3149 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	所在地 津市桜橋2-96 電話番号 222-4165 受付時間 午前9時～午後5時
三重県社会福祉協議会 地域福祉権利擁護センター	所在地 津市桜橋2-131 電話番号 213-1223 受付時間 午前8時30分～午後5時15分

1.1. 個人情報の取り扱いについて

- 個人情報の収集は、その利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集します。
- 個人情報の使用は、同意を得た利用目的の達成に必要な範囲において適正に使用します。
- 同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意、依頼の下で、個人情報の提供、預託を行う場合においても、提供、預託先が適正に管理するよう監督いたします。

<個人情報を利用していただく範囲>

- 適切な地域密着型通所介護サービスの提供のため
- 提供したサービスに関する請求業務等の介護保険事務のため
- 居宅サービスの適切な提供のための、他の居宅サービス事業者との連携、照会への回答のため
- 緊急を要する場合の、医師や救急隊への連絡のため
- 当事業所で行われる職員研修に事例検討のため
- 当事業所で行われる学生等の実習教育のため
- 外部監査期間サービス評価期間への情報提供のため
- 損害賠償保険、障害保険等に係る保険会社等への相談、届出のため

<利用者ご本人の映像、写真について>

	すべて使用承諾	個人が特定できないなら承諾	すべて使用拒否	その他
ホームページ				
パンフレット				
広報誌				
施設内掲示				
施設内研修用				

12、ご利用にあたっての留意事項

- 病状変化やかかりつけ医および服薬内容の変更等があった場合は、職員にお知らせください。
- 多額の金品の持ち込みは、ご遠慮ください。
- ご利用者間での金品の貸し借り、授受はトラブルの元となりますので、ご遠慮ください。
- おやつを持ち込みは、特別な場合を除いてお断りしております。
- 施設内での、宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ご利用を休まれる場合は、当日の朝8時15分頃までにご連絡ください。
- ハラスメント行為等によって、信頼関係維持が困難と判断した場合は、保険者及び地域包括支援センター等へ相談の上サービス提供の中止や契約を解除することもあります。

令和 年 月 日

同意書

指定地域密着型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致しました。

説明者職名

氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項書の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意いたしました。また、個人情報の取り扱いに関しても、十分理解のうえ同意します。

契約者

(代筆者)