

「指定通所介護」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
(三重県指定 第2470101730号)

当事業所はご利用者（ご契約者）に対して指定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。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 アパティア福祉会
- (2) 法人所在地 三重県桑名市長島町西外面1070番地
- (3) 電話番号 0594-42-1600
- (4) 代表者氏名 理事長 桑名 良輔

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
平成24年4月1日指定
三重県第2470101730号
- (2) 事業所の目的 ご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ご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターたんとんとん
- (4) 事業所の所在地 桑名市長島町横満蔵573
- (5) 電話番号 0594-45-8817
- (6) 事業所長（管理者）氏名 夏目 雅子
- (7) 当事業所の運営方針
 - ① ご利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止または要介護状態となることの予防に努め、その目標を定め、計画的に行うよう努める。
 - ② ご利用者の意志及び人格を尊重し、ご利用者の立場に立った通所介護サービスの提供を常に心がける。

- ③ 事業の実施に当たっては、桑名市または他の居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等と綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(8) 開設年月 平成24年4月1日

(9) 利用定員 25人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

桑名市市内、及びその近郊地域（木曾岬町・川越町・朝日町）とする。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金	12月31日～1月3日を除く
営業時間	月～金	8時30分～17時30分

ただし、サービス提供時間は9時15分～16時20分までとする。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防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。

＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

- (1) 管理者 1名（常勤兼務）
- (2) 生活相談員 1名以上（常勤兼務）
- (3) 看護職員 1名以上（常勤兼務・非常勤兼務）
- (4) 介護職員 3名以上（常勤換算）
- (5) 機能訓練指導員 2名以上（常勤兼務・非常勤専従）
- (6) 歯科衛生士 1名以上（非常勤専従）

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）

＜サービスの概要＞

①食事

- ・当事業所ではご希望のご利用者に、栄養並びに身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。（食事時間の目安 12：00～13：00）

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。

③排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

④送迎

- ・身体状況に応じて、ご自宅から事業所まで車椅子の方も安心してご利用できるリフト付き車両で往復できます。介護職員がご自宅までお伺い致します。

⑤レクリエーション

- ・他のご利用者の方たちとの楽しい交流を通じ、豊かな生活感情を味わっていただけます。

⑥個別機能訓練

- ・ご利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練プログラムを行います。

⑦口腔機能向上

- ・歯科衛生士等が口腔機能改善のためのプログラムを作成し、実施いたします。

<サービス利用料金>（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約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）をお支払い下さい（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス基本単位 （7時間～8時間）	658 単位	777 単位	900 単位	1,023 単位	1,148 単位
サービス基本単位 （6時間～7時間）	584 単位	689 単位	796 単位	901 単位	1,008 単位
サービス基本単位 （5時間～6時間）	570 単位	673 単位	777 単位	880 単位	984 単位
サービス基本単位 （4時間～5時間）	388 単位	444 単位	502 単位	560 単位	617 単位
サービス基本単位 （3時間～4時間）	370 単位	423 単位	479 単位	533 単位	588 単位
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位／日				
個別機能訓練加算 （Ⅰイ）	56 単位／日				
個別機能訓練加算 （Ⅰロ）	76 単位／日				
個別機能訓練加算 （Ⅱ）	20 単位／月				
科学的介護推進体制 加算	40 単位／月				

口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150 単位／回（月に 2 回まで）
ADL 維持等加算（Ⅰ）	30 単位／月
ADL 維持等加算（Ⅱ）	60 単位／月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位／日
介護職員処遇改善 加算（Ⅰ）	一月あたりの総単位数×9.2%

※上記加算につきましては、該当する場合に必要となります。

*送迎を行わない場合は片道 47 単位の減算になります。

*自己負担額は、上記の単位合計に 10,270 円を乗じた金額の 1 割または 2 割または 3 割になります。

（２）介護保険の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

・ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

1 回あたり 810 円

②おやつ提供

・ご契約者に提供するおやつにかかる費用です。

1 回あたり 100 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頂く事が出来ます。

利用料金：材料代等の実費をいただくことがあります。

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ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担頂く事が適当であるものについては負担していただくことがあります。

*経済情勢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事があります。その場合は事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 1 ヶ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 6 条参照）

お取引金融機関より口座振替させていただきますので、ご希望の口座をご指定下さい。口座振替の登録には、1 ヶ月程かかる場合があります。あらかじめご了承ください。尚、手続き完了までは現金でのお支払いとなります。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 7 条参照）

＊利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護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事が出来ます。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	利用料金の 50 %

＊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ご契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第 20 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付ます。

＊苦情受付担当者

生活相談員 水谷 姿子

＊苦情受付責任者

管理者 夏目 雅子

＊受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

＊電話番号 0594-45-8817

(2) 行政機関その他苦情受付機関

桑名市市役所 介護高齢課 0594-24-1186

三重県国民健康保険団体連合会 059-222-4165

三重県福祉サービス運営適正化委員会 059-224-8111

(3) 苦情処理第三者委員

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

委員の連絡先は事業所内に掲示しております。

7. 緊急時の対応

- ① 指定通所介護サービス実施中に、ご契約者の状態の急変、その他緊急事態が発生したときは、速やかに管理者及び主治医、ご家族等に報告し、生命の安全を図るために適当な措置を講じます。
- ② 事業者は、ご利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

8. 守秘義務

- ① 事業者、従事者又は従業者であったものは、通所介護サービスを提供する上で知り得た契約者及びその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。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。
- ② 事業者は、ご契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ③ 前2項にかかわらず、ご契約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、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、ご契約者又はそのご家族等の個人情報を用いることができるものとします。

9. 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止対策を検討する委員会の定期的な開催及び結果の周知
 - ② 虐待防止の指針の整備
 - ③ 従業者に対する定期的な研修の実施
 - ④ 虐待防止に関する措置の担当者の配置
 - ④ そのほか虐待防止のために必要な措置
- サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者(ご利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)による虐待をうけたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、関係市町に通報します。

10. 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前にご利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 1. 介護現場におけるハラスメント対策について

当事業所では職員によるご利用者への虐待行為禁止の取り組みと同様に、介護現場における職員へのハラスメント対策にも取り組んでいます。ハラスメント行為が発生した場合は、その原因や経過等について明らかにし再発を防ぐための対策を講じます。

1 2. カスタマーハラスメント対策について

当事業所ではカスタマーハラスメント対策にも取り組んでいます。ご利用者の身元引受人ないしご家族、その他関係者により、職員に対してカスタマーハラスメント行為が発生した場合は、法人の行動指針に則り対応します。原因や経過等について明らかにした上で、健全な信頼関係の構築および円滑なサービスを提供が困難と判断した場合は、サービスの中止や契約を解除する場合があります。

1 3. 代理人等について

(1) 事業所では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。

- ① 代理人は、ご利用者のご家族又は縁故者もしくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
- ② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、事業所と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることが出来るものとします。
- ③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。

(2) 代理人の職務は、次の通りとします。

- ① ご利用者に代わって又はご利用者とともに、契約書第3条に定める同意又は要請、同第8条3項、第16条1項、第17条1項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他入所者を代理して行う意思表示、事業所の意思表示や報告・通知の受領、事業所との協議等を行うこと。
- ② ご利用者を代理して、又はご利用者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

(3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。

ご利用者と連帯して、本契約から生じるご利用者の債務を負担すること。

(4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、事業所に残されたご利用者の所持品（残置物）をご利用者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかか

る費用を負担すること。

(5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

- ① 連帯保証人の負担は、利用料1年分を限度とします。
- ② 連帯保証人が負担する債務の元本は、ご利用者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
- ③ 事業所は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、ご利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
- ④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、ご利用者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

年 月 日

指定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。

<事業者>

(事業所所在地) 三重県桑名市長島町横満蔵573番地

(法人名) 社会福祉法人アパティア福祉会

(事業所名) デイサービスセンターたんとんとん

(代表者名) 理事長 桑名 良輔 印

(説明者) 管理者 夏目 雅子 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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

<利用者>

(住所)

(氏名) 印

<代理人>

(住所)

(氏名) 印

(利用者との関係)

<連帯保証人兼身元保証人>

(住所)

(氏名) 実印

(利用者との関係)