

地域密着型通所介護 デイサービス敬愛園 重要事項説明書

1、事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な地域密着型通所介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2、事業の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名 デイサービス敬愛園

指定番号 平成11年12月28日指定 愛知県指定 第2374500128号

※当事業所は、特別養護老人ホーム敬愛園に併設されています。

所在地 尾張旭市平子町長池上6447-1

管理者の氏名 柳原 大介

電話番号 0561-53-9507

FAX 番号 0561-53-4395

サービスを提供する地域 尾張旭市

(2) 事業所の従業者体制

	職務の内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名	—	1名
生活相談員	生活相談及び指導	2名	—	2名
		(常勤兼務2名)		
看護師又は准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管理	6名	1名	7名
		(常勤兼務6名、非常勤兼務1名)		
介護職員	介護業務	4名	—	4名
		(常勤兼務2名)		
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための 指導	6名	1名	7名
		(常勤兼務6名、非常勤兼務1名)		

(3) 設備の概要

○食堂

利用者全員が利用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者全員が利用できるテーブル・いす・箸や食器類を備えています。

○浴室 2室（一般浴＜車イス浴も設備＞・機械浴）

浴室には利用者が使用しやすい適切なものを設けます。

○洗面所及び便所

必要に応じ各所に洗面所や便所を設けます。

○機能訓練室

利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○その他の設備

設備としてその他に、静養室・相談室を設けます。

(4) 定員及び営業時間帯

定員	18名（介護予防含む）
営業日	月曜日～金曜日（祝日は、営業） （年末年始12月29日～1月3日まで除く）
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時30分～16時40分

3、サービス内容

(1) 送迎

- ①送迎車により、事業所と自宅との間を行います。
- ②通常の営業時間の利用の方を送迎します。

(2) 食事

利用者に合った食事を提供します。

(3) 入浴

見守りや直接介助により、入浴を提供します。

(4) 機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身などの状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

(5) 生活相談

事業者の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

(6) レクリエーション

- ・日常の中でできるレクをはじめ、季節にあったレクを企画・運営しています。
- ・併設施設において実地される行事等に参加することができます。
- ・行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

(7) 排泄

随時、排泄介助をいたします。（オムツ利用の方はご持参ください）

4、利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該地域密着型通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

介護報酬告示額

(1) 基本料金（1日当たり）

	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）
要介護1	753単位	773円	1,546円
要介護2	890単位	914円	1,828円
要介護3	1,032単位	1,059円	2,118円
要介護4	1,172単位	1,203円	2,406円
要介護5	1,312単位	1,347円	2,694円

(2) 加算料金等

入浴加算Ⅰ	40単位	40円
サービス提供体制加算Ⅲ	6単位	6円
地域通所介護科学的介護推進体制加算	40単位	40円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.0%（一ヶ月につき9.0%加算されます）	

*地域区分6級地となるため1単位当たり10.27円での計算となります。

※別紙の料金表にて料金提示あり。ご確認ください。

その他の費用

(1) 食費 600円/1日

（特別な食事に関する費用は、別途にて請求）

(2) おむつ代（必要に応じて） 50円/1枚

5、利用料金のお支払方法

・支払い基準：月末締め 翌月払い

①金融機関・郵便局からの自動引落

所定の用紙にて口座の登録をして頂きます。

利用月の翌月27日に引落（27日が土日祝日の場合は翌日）

※口座引落が開始されるまでの期間は指定口座への振込をお願いします。

②指定口座への振込

金融機関名：名古屋銀行 尾張旭支店

口座：普通 番号 3165655

振込み先：社会福祉法人 敬愛会 デイサービス敬愛園

施設長 柳原 大介

*振込手数料は各自にてご負担下さい

*利用者のお名前で振り込んで下さい。

請求書が届いた月の月末までに振込をお願いします。

6、サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又は、その家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報下さい。
- ②利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけて下さい。
- ③事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮下さい。
- ④従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤お弁当の持込みはご希望により応じておりますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面及びこれに関わる事故（食中毒等）につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

7、非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業員等の訓練を行います。

8、緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関へ連絡等必要な措置を講じます。

9、事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった措置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10、守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

11、利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

12、身体拘束の禁止

原則として、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利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の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 3、苦情相談窓口

＊サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご相談室 窓口担当者 : 生活相談員

ご利用時間 : 月～金曜日 9時00分～17時00分

ご利用方法 : 電話 0561-53-9507

＊公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

○尾張旭市役所 健康福祉部長寿課指定・指導グループ

尾張旭市東大道町原田2600番地1

電話番号: 0561-76-8143 (直通)

FAX 番号: 0561-52-0831

受付時間: 9時00分～17時00分 (土日、祝日を除く)

○瀬戸市役所 高齢福祉課

瀬戸市追分町64番地1

電話番号: 0561-88-2622 (直通)

FAX 番号: 0561-88-2625

受付時間: 9時00分～17時00分 (土日、祝日を除く)

○名古屋市守山区役所福祉部介護福祉課

名古屋市守山区小幡1丁目3番地1号

電話番号: 052-796-4603 (直通)

FAX 番号: 052-793-1451

受付時間: 9時00分～17時00分 (土日、祝日を除く)

○愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課

名古屋市東区泉1丁目6番5号

電話番号: 052-971-4165 (苦情専用直通電話)

受付時間: 9時00分～17時00分 (土日、祝日を除く)

○第三者委員

宮島 貴美子 TEL 090-5453-0127

山内 正道 TEL 052-736-3032

1 4、協力医療機関

事業所は、下記の医療機関に協力を頂き、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

・名称 旭労災病院

・住所 尾張旭市平子町北61番地

＊緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「緊急時連絡先」にご記入いただいた連絡先へ連絡します。

1 5、損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご利用者様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します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

1 6、職員の配置状況

介護職員・・・利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

生活相談員・・・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しますが、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。(看護職員兼務)

1 7、契約締結時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）」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とおりです。

- ① 介護支援専門員（ケアマネージャー）による必要な調査、地域密着型通所介護計画の原案を作成します。
- ② その担当者は地域密着型通所介護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、同意を得た上で決定します。
- ③ 地域密着型通所介護計画は、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を確認し、変更の必要がある場合には、利用者及びその家族等協議して、地域密着型通所介護計画を変更します。
- ④ 地域密着型通所介護計画が変更された場合には、契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2) 利用者に関わる「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提供の流れは次のとおりです。

①要介護認定を受けている場合

- ・居宅介護支援事業所の紹介等必要な支援を行います。
- ・地域密着型通所介護計画を作成し、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、利用料金を一旦全額お支払いいただきます。



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、介護保険の給付額を除いた料金（自己負担額）を支払いいただきます。

②要介護認定を受けてない場合

- ・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、利用料金を一旦全額お支払い頂きます。



要介護と認定された場合

- ・居宅サービス計画（ケアプラン）を作成していただきます。必要に応じて居宅介護支援事業者の紹介等の支援を行います。



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（ケアプラン）に沿って、地域密着型通所介護計画を作成し、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、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。



自立と認定された場合

- ・契約は終了します。
- ・既に実施されたサービスの利用料金は、全額自己負担となります。

18、サービス提供における事業者の義務

当事業所は、利用者に対してサービス提供するにあたって、利用者の生命・身体・生活環境等の安全確保やプライバシーの保護などに配慮するなど義務を負います。

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・財物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の連携のうえ、利用者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、利用者に対して定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに契約者の請求に応じて閲覧させ、被写物を交付します。
- ⑤利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。

但し、利用者又は他の利用者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録の記載をするなど適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

- ⑥利用者のサービス提供時において、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、速やかに主治医又はあらかじめ定められた協力医療機関への連絡を行う等必要な

処置を講じます。

- ⑦事業者又は職員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又は家族に関する事項を正当な理由なく第三者に洩らしません。(守秘義務)

但し、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。

19、サービス利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- ・施設・設備・敷地を本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意または、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、利用者の自己負担により原状に復していただくか、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

- ・事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(3) 健康管理

- ・利用者の健康管理のため健康診断書を提出していただきます。(有効期間6カ月)
また、途中入所等の事情により必要と認められる場合は健康診断書の提出を求めます。

(4) 持ち物

- ・持ち物には必ず名前を明記してください。
- ・貴重品・食べ物・他の利用者の迷惑となるものの持込みは禁止。

(5) 利用の中止

- ・利用当日、自宅を出発前に体調不良である場合は、利用を中止させていただく場合があります。当事業所へ到着後、体調不良であることが判明した場合、その時点で利用中止し自宅へ送ることとします。＊料金は頂きません。
- ・利用中、体調が急変した場合は、家族へ連絡し迎えに来ていただくか、職員がご自宅へ送ります。(病院への搬送を希望される場合、搬送先は旭労災病院とさせていただきます。家族との連絡がとれず病院への搬送が必要な場合、職員が旭労災病院へ搬送します。) ＊利用途中でのサービス利用中止の場合は、正規料金を負担していただきます。

20、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、契約の締結の日から要介護認定有効期間の満了日までですが、契約期間満了の7日前までに、利用者又は利用者代理人から書面による契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様となり

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するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- 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断された場合
- ③事業者が解散・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当事業所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契約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ください）
- 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ください）

（１）契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、契約者から利用契約解除することができます。

但し、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事業所の運営規定の変更に同意できない場合
- ③利用者が入院された場合
- ④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
- ⑤ 事業所もしくは職員が正当な理由なく本契約に定める地域密着型通所介護を実施しない場合
- ⑥事業者もしくは職員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あると認められる場合
- 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つける恐れがある場合

（２）事業者からの契約解除の申し出

- ①契約者が、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契約者によるサービス利用料金の支払いが３カ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③利用者及びその家族による、故意又は重大な過失により事業所又は職員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（暴言・暴力等）を行うなどによって、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

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

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護の開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 愛知県尾張旭市平子町長池上6447-1

事業所名 デイサービス 敬愛園
(指定番号 第2374500128)

TEL 0561-53-9507

FAX 0561-53-4395

管理者名 柳原 大介 印

説明者（生活相談員） 草間 玲奈 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業所から指定地域密着型通所介護について重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印 （続柄 ）