

『指定居宅サービス』重要事項説明書 ～通所介護～

当事業所は介護保険の指定を受けています。
通所介護 (徳島県指令介第3010号)

当事業所はご契約者もしくは利用者に対して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「要支援」「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。

◆◆目次◆◆

| | |
|-----------------------|---|
| 1. 事業者 | 2 |
| 2. 事業所の概要 | 2 |
| 3. 当事業所が提供するサービス | 3 |
| 4. 福祉サービス第三者評価について | 7 |
| 6. 秘密の保持について | 7 |
| 7. 感染対策 | 7 |
| 8. 高齢者虐待防止 | 7 |
| 9. 災害対策 | 7 |
| 10. 事故防止等 | 8 |
| 11. 緊急時等の連絡先、及び対応について | 8 |
| 12. 苦情の受け付けについて | 9 |

重要事項説明書

通所介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|--------------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会福祉法人 青香福祉会 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒771-0134 徳島市川内町平石住吉 183 番地 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 斎藤 陽子 |
| 設立年月日 | 昭和55年12月4日 |
| 電話番号 | 088-665-5511 |

2. 事業所の概要

| | | |
|----------------|---|------------|
| 事業所の名称 | デイサービスセンター青香 | |
| 事業所の所在地 | 〒771-0134 徳島市川内町平石住吉 183 番地 | |
| 電話番号 | 088-665-8080 | |
| FAX番号 | 088-665-5188 | |
| 事業所開設年月日・事業所番号 | 平成12年3月17日指定 | 3670100209 |
| 指定年月日実施 | 平成12年4月1日開設 | |
| 利用者定員 | 40名 | |
| 通常の事業の実施地域 | 徳島市川内町、応神町 | |
| 併設事業所 | 特別養護老人ホーム青香園 青香福祉会ホームヘルプ事業所 青香福祉会指定居宅介護支援事業所 グループホーム藍香 地域密着型特別養護老人ホーム陽香 | |

3. 運営の方針

- ・ 通所介護の提供に当たっては、事業所の従業者は、要介護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日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- ・ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

- ・ 食事の提供
食事の提供及び必要な介助を行います。
- ・ 入浴（個浴、一般浴、機械浴）
入浴サービスの提供及び必要な介助を行います。
- ・ 日常生活動作の機能訓練
利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。
- ・ 健康状態の確認
体調や血圧等の確認を行います。
- ・ 送迎
居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。
- ・ 日常生活における相談及び助言
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ・ その他日常生活上の援助
利用者に必要な日常生活上の世話及び援助を行います。

【配食サービス】

- ・ 通常の事業の実施地域 徳島市、川内町、応神町

5. 営業日時

| | |
|----------|---|
| 営業日 | 月曜日から土曜日まで 但し、年末年始（12月29日から1月3日まで）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後5時30分まで なお、電話等により常時連絡が可能な体制とする。 |
| サービス提供時間 | 午前9時00分から午後5時00分まで |

6. 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数 |
|---------|------|
| 生活相談員 | 1名 |
| 看護職員 | 2名以上 |
| 介護職員 | 6名以上 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 |

7. 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費】（通常規模型）

| 所要時間 | 利用者の要介護度 | 通所介護費（1回あたり） | | | | |
|----------------|----------|--------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 単位数※(注4)参照 | 基本利用料※(注1)参照 | 利用者負担金(自己負担1割の場合)※(注2)参照 | 利用者負担金(自己負担2割の場合)※(注2)参照 | 利用者負担金(自己負担3割の場合)※(注2)参照 |
| 6時間以上 7時間未満 | 要介護1 | 584 | 5,921円 | 593円 | 1,186円 | 1,779円 |
| | 要介護2 | 689 | 6,956円 | 696円 | 1,392円 | 2,088円 |
| | 要介護3 | 796 | 8,071円 | 808円 | 1,616円 | 2,424円 |
| | 要介護4 | 901 | 9,136円 | 914円 | 1,828円 | 2,742円 |
| | 要介護5 | 1,008 | 10,221円 | 1,023円 | 2,046円 | 3,069円 |

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

| 加算等の種類 | 加算・減算額（1回あたり） | | | | |
|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | 単位数 | 基本利用料 ※（注1）参 照 | 利用者負担金 （自己負担1割 の場合）※（注2 ）参照 | 利用者負担金 （自己負担2割 の場合）※（注2 ）参照 | 利用者負担金 （自己負担3割 の場合）※（注2 ）参照 |
| 入浴介助加算（Ⅰ） | 40 | 405円 | 41円 | 81円 | 122円 |
| 個別機能訓練加算 （Ⅰ）ロ | 76 | 770円 | 77円 | 154円 | 231円 |
| 送迎減算 （片道につき） | ▲47 | ▲476円 | ▲48円 | ▲96円 | ▲143円 |
| サービス提供体制強 化加算（Ⅱ） | 18 | 182円 | 19円 | 38円 | 57円 |
| 介護職員処遇改善加 算（Ⅰ） | （基本利用料＋各種加算 減算）の9.2% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |

（注1）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が7級地のため、単位数に10.14を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

（注2）介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

（注3）上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

（注4）感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されます。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合には、当該加算の期間が終了した月の翌月から更に3月以内に限り、引き続き1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数が所定単位数に加算されることがあります。

(2) その他の費用

| | |
|-------|--|
| 食費 | 昼食代（おやつ含む）600円 |
| おむつ代等 | 実費 |
| その他 | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

(3) キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。利用予定日当日に連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|---------------------------|------------------------------------|
| 利用日予定日前日までに ご連絡いただいた場合 | 無料 |
| 利用日当日に ご連絡がなかった場合 | (例1) 利用者負担金の100%の額 (例2) 食費代600円 |

(4) 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、月末締めで計算し、翌月15日までに請求しますので、その月の月末までに次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、現金支払いは当日、銀行振込、又は口座引き落としは翌月15日頃に郵送いたします。

| 支払い方法 | 支払い要件等 |
|---------|---|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は翌営業日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座 口座番号 口座名義 |
| 銀行振込 | サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 ゆうちょ銀行 口座記号番号 01660-4-19854 |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の月末（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。 |

8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・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いたします。
- ・利用者の事情で時間に遅れた場合、送迎サービスが受けられない場合があります。

9. 福祉サービス第三者評価について

- ・当施設においては福祉サービス第三者評価を受けておりません。

10. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ・事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いませぬ。

11. 感染対策

- ・事業所は、感染症の予防及び蔓延防止等の為に必要な措置を講じます。

12. 高齢者虐待防止

- ・事業所は、虐待発生防止に努める観点から「虐待防止委員会」を組成します。職員が虐待等を把握した場合は、速やかに管理者および市町村に報告するとともに、その要因の除去に努めます。また、発生原因等の分析から得られる再発防止策を講じます。

13. 非常災害対策

- ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・事業所は、防災計画に基づき、年1回以上、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

1 4. 緊急時における対応方法

1. サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

| | | |
|---------------------|--------------|--|
| 利用者の主治医 | 医療機関名 | |
| | 電話番号 | |
| | 主治医 | |
| | 備考 | |
| 緊急連絡先 (家族等) | 氏名 (利用者との続柄) | |
| | 電話番号 | |
| | 備考 | |
| 利用者の担当居宅 介護支援事業所 | 居宅介護支援事業所 | |
| | 電話番号 | |
| | 担当介護支援専門員 | |
| | 備考 | |

2. 本事業所は利用者へのサービス提供中において、緊急の対応が必要となった場合、医療機関への連絡（119番への通報）、搬送の実施等の必要な措置を講じます。

3. 本事業所は、緊急に計画外のサービスの提供があり、そのサービスが介護保険適用外のサービスの場合には、ご契約者もしくは利用者より別途料金をいただく場合があります。

1 5. 事故発生時の対応

通所介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

| | | |
|-------------------|--------------|--|
| ご家族の連絡先 | 氏名 (利用者との続柄) | |
| | 電話番号 | |
| | 備考 | |
| 市町村の事故発生時 の連絡先 | 市町村名 | |
| | 電話番号 | |
| | 担当部署 | |
| | 備考 | |

1 6. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

| | | |
|---------|------|------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 | 088-665-5511 |
| | 受付時間 | 月曜日から土曜日 9時から18時 |
| | 担当者名 | 生活相談員 佐藤 誠 |

(2) その他苦情申立の窓口

| | | |
|--------|----------------|--|
| 苦情受付機関 | 徳島市役所 高齢介護課 | 所在地 徳島市幸町2丁目5番地 電話番号 088-621-5587 FAX 088-624-0961 受付時間 8:30~17:00 |
| | 徳島県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番地の1 電話番号 088-665-7205 FAX 088-666-0228 受付時間 9:00~17:00 |
| | 徳島県社会福祉協議会 | 所在地 徳島市昭和町1丁目2番地 電話番号 088-654-4461 FAX 088-654-9250 受付時間 9:00~17:00 |

1 4. サービスの終了

次の場合にサービスは終了となります。

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

(2) 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知します。

(3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
- ・利用者の要介護状態区分が要支援又は自立となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) その他

①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が、守秘義務に反した場合
- ・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が、倒産した場合

②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。

③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

- ・利用者の利用料等の支払いが 1 ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ・利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合