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。
（岡山県指定 第３３７２９０００３９号）

当事業所は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. 事業の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
3. 事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
4. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
6. 代理人について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
7. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
8. 緊急時等における対応方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
9. 個人情報について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9

社会福祉法人　芳仙会

小田川荘デイサービスセンター

１．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　芳 仙 会

（２）法人所在地　　岡山県井原市芳井町川相３５１番地

（３）電話番号　　（０８６６）７２－１５７７

（４）代表者氏名　　理事長 三 宅　慎 太 郎

（５）設立年月　　平成 ６年 ６月１５日

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１２年 ４月 １日指定
岡山県３３７２９０００３９号
※当事業所は特別養護老人ホーム小田川荘に併設されています。

（２）事業所の目的　　利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、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ることを目的とする。

（３）事業所の名称　　小田川荘デイサービスセンター

（４）事業所の所在地　　岡山県井原市芳井町川相３５１番地

（５）電話番号　　（０８６６）７２－１５７７

（６）事業所長（管理者）氏名　　片山　大祐

（７）当事業所の運営方針

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に努めると共に、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。

（８）開設年月　　平成 ７年 ９月１２日

（９）利用定員　　３５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　井原市　高梁市川上町　福山市山野町

（２）営業日及び営業時間

営　　業　　日	月・火・水・木・金・土　（12/31～1/3 を除く）
サービス提供時間	月・火・水・木・金・土　　9：00～16：10

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　　種	職員数	職　務　内　容
１．センター長（管理者）	１名	職員の管理・業務の管理
２．介護職員	５名以上	日常生活上の介護
３．生活相談員	１名以上	日常生活上の相談・支援
４．看護職員	１名以上	健康管理・医療処置
５．機能訓練指導員	１名以上	個別機能訓練及び集団
６．管理栄養士	１名	食事の管理

〈主な職種の勤務体制〉　営業日における標準的な配置職員数

職　　種	職員数	勤　務　体　制
１．生活相談員	１名以上	勤務時間　：　8：50～ 17：50 変則（早出）　：　8：00～17：00
２．介護職員	５名以上	勤務時間　：　8：50～ 17：50 変則（早出）：　8：00～17：00 ：　8：30～17：30
３．看護職員	１名以上	勤務時間：　8：50～ 17：50 変則（早出）　：　8：00～17：00
４．機能訓練指導員	１名以上	勤務時間：　8：50～ 17：50 変則（早出）　：8：00～17：00
５．管理栄養士	１名	勤務時間：　8：50～ 17：50

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

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。

〈サービスの概要〉

①　入浴

・　入浴又は清拭を行います。寝たきりでも座位がとれればデイの特殊浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

・　ご契約者の排せつの介助を行います。

③機能訓練

・　機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、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。

④送迎サービス

・　ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

⑤リハビリ・レクリエーション

・　ご利用者にご無理のないリハビリ・レクリエーションをご用意し、ご希望があればご参加いただきます。

<サービス利用料金（1回あたり）>

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。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度及び利用時間に応じて異なります。）

・所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合（１割負担の場合）

１．ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護１ 5,700 円	要介護２ 6,730 円	要介護３ 7,770 円	要介護４ 8,800 円	要介護５ 9,840 円
２．うち、介護保険から給付される金額	円 5,130	円 6,057	円 6,993	円 7,920	円 8,856
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	円 570	円 673	円 777	円 880	円 984

・所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合（１割負担の場合）

１．ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護１ 5,840 円	要介護２ 6,890 円	要介護３ 7,960 円	要介護４ 9,010 円	要介護５ 10,080 円
２．うち、介護保険から給付される金額	円 5,256	円 6,201	円 7,164	円 8,109	円 9,072
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	円 584	円 689	円 796	円 901	円 1,008

・所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合（１割負担の場合）

１．ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護１ 6,580 円	要介護２ 7,770 円	要介護３ 9,000 円	要介護４ 10,230 円	要介護５ 11,480 円
２．うち、介護保険から給付される金額	円 5,922	円 6,993	円 8,100	円 9,207	円 10,332
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	円 658	円 777	円 900	円 1,023	円 1,148

・加算料金

入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位／日
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）	月額合計サービス費×9.2%
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位／回

<総合事業通所介護　サービス利用料金（1 月あたり）>

下記の料金表によって、ご契約者の要支援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。（上記サービスの利用料金はご契約者の要支援及び利用時間に応じて異なります。）

1 ご契約者の要支援度 とサービス利用料金	要支援 1 17,980 円	要支援 2 36,210 円
2 うち、介護保険から 給付される金額	16,182 円	32,589 円
3 サービス利用に係る 自己負担額（1-2）	1,798 円	3,621 円

☆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

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食費

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：1 回あたり **600** 円

- 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ご契約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）　**12：00～12：40**

②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。また複写物を必要

とする場合は、申し出があれば交付いたします。

③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。

☆　サービス利用料金については、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。その場合は速やかに変更の内容と変更する事由についてご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、サービス利用時にその都度お支払い下さるか、銀行の口座振込等により指定期日にお支払下さい。

（４）利用の中止、変更、追加

○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に申し出て下さい。

○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	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・追加の申し出に対して、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。

６．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、利用者のご家族又は縁故者若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できるものとします。

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、第７条、第８条に定める同意又は要請、同第１０条、第１２条、第２１条、第２２条に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他ご利用者を代行して行う意思表示、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、事業所に残された利用者の所持品（残置物）を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通りとします。

①連帯保証人の負担は、極限度額 600,000 円を限度とします。

②連帯保証人が負担する債務の元本は、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には、遅滞なく、利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、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、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。

７．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

○受付時間　　随時、担当者不在の場合は後ほどご連絡させていただきます。

電　話　（０８６６）７２－１５７７

ＦＡＸ　（０８６６）７２－１７８９

○苦情解決責任者

［職　名］　　管理者　片山（かたやま）　大祐（だいすけ）

（２）解決の方法

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告します。苦情解決責任者は内容を確認し、苦情申出人に対し、報告を受けた旨を通知します。苦情受付担当者と苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。苦情解決責任者は、苦情解決結果報告書により、申出人に解決の結果を報告します。

（３）その他の苦情申立先

①井原市役所　介護保険課	電　話	(0866)６２-９５１９
	ＦＡＸ	(0866)６２-９３１０
②高梁市役所　健康長寿課	電　話	(0866)２１-０２９９
	ＦＡＸ	(0866)２３-０６５５
③福山市役所　介護保険課	電　話	(084)９２８-０７３２
	ＦＡＸ	(084)９２８-１７３２
④岡山県国民健康保険団体連合会	電　話	(086)２２３-８８１１
	ＦＡＸ	(086)２２３-９１０９
⑤広島県国民健康保険団体連合会	電　話	(082)５５４ - ０７７０
	ＦＡＸ	(082)５１１ - ９１２０
⑥岡山県運営適正化委員会	電　話	(086)２２６-９４００
	ＦＡＸ	(086)２２６-９４００
⑦岡山県社会福祉協議会	電　話	(086)２２４-２５２５
（福祉相談部）	ＦＡＸ	(086)８０１-９１９０

(4) 第三者委員については設置しておりません。

8. 第三者評価の実施状況　　1　有　　2　(無)

9. 緊急時等における対応方法

（１）緊急時

通所介護の提供中に利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは速やかに主治の医師に連絡を行う等、適切な措置を講じる。

（２）事故発生時

利用者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、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、必要な措置を講じる。また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

（３）非常災害時

通所介護の提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとる。また、非常災害に備え定期的に避難訓練を行う。

10. 個人情報について

小田川荘デイサービスセンターの従事者は、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漏洩しません。これは、退職後も同様とします。

また、以下の内容を利用目的とします。

【介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的】

・当該事業者が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
・介護保険事務
・介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、
　一入退所等の管理
　一会計・経理
　一事故等の報告
　一当該利用者の介護サービスの向上
・当該事業者等が利用者等に提供する介護サービスのうち、
　一当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等の連携（サービス担当者会議等)、照会への回答
　一その他の業務委託
　一家族等への心身の状況説明
・介護保険事務のうち、
　一保険事務の委託
　一審査支払機関へのレセプトの提出
　一審査支払機関又は保険者からの照会への回答

・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

・介護関係事業者の管理運営業務のうち、

一介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

一介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

＜重要事項説明書付属文書＞

１．事業所の概要

(1) 建物の構造　　鉄筋コンクリート造一部３階建（耐火構造）

(2) 建物の延べ床面積　2,919.55 ㎡

２．職員の配置状況

〈配置職員の職種〉

介護職員…ご契約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。

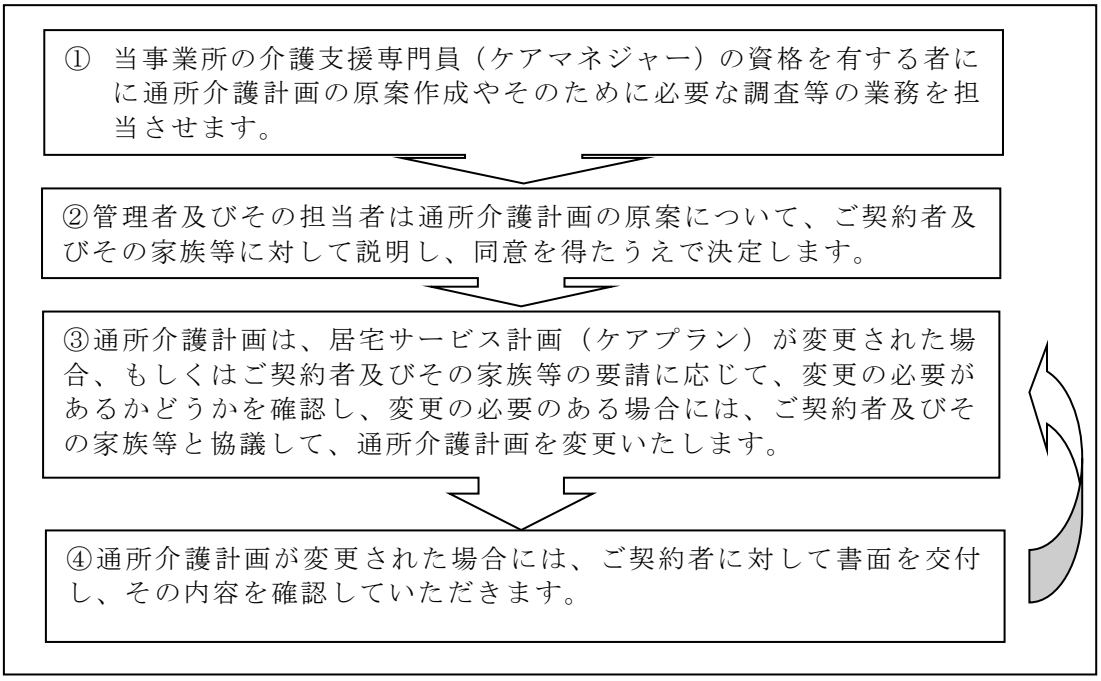
生活相談員…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

看護職員…　主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員…ご契約者の個別機能訓練及び集団機能訓練を担当します。

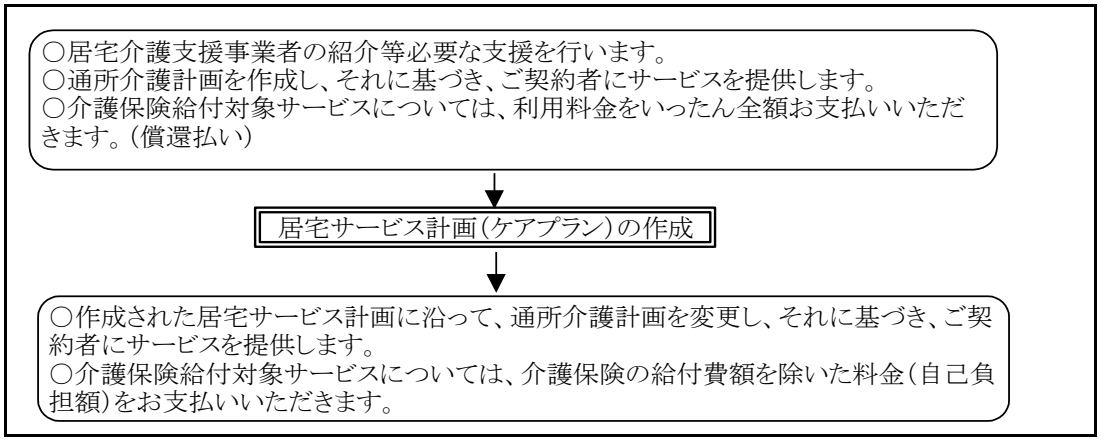
３．契約締結からサービス提供までの流れ

（１）ご契約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)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「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通りです。

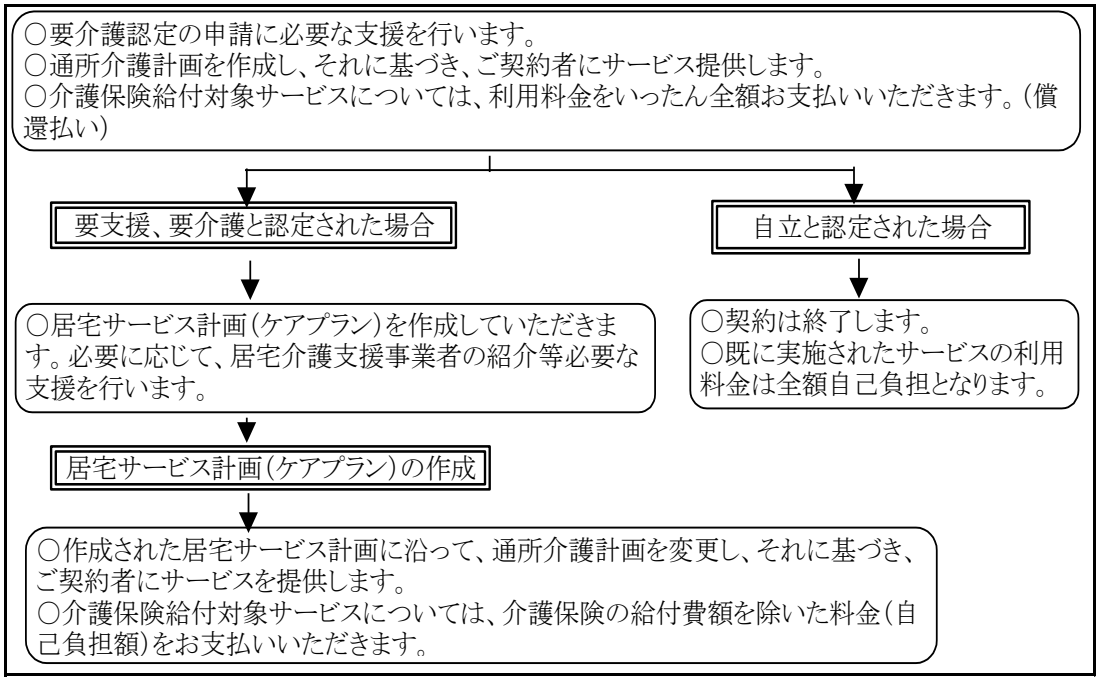


（２）ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン)」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



４．サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約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ご契約者の生命、身体、財産の安全･確保に配慮します。
②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
③ ご契約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、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
⑤本事業所の従業者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又は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。これは従

業者の退職後も同様とします。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、サービス担当者会議等において個人情報を取り扱う場合は、あらかじめ文書による同意を得ます。
なお、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書による同意を得ます。

５．サービスの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、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又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、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は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。

６．事故発生時の対応

利用者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、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。

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。守秘義務に違反した場合も同様とします。

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。

７．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、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の２日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、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ご契約者が死亡した場合
②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
③事業者が解散した場合、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、ご契約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ご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下さい。）
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下さい。）

（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の７日前までに解約届出書をご提出下さい。

ただし、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ご契約者が入院された場合
③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン)」が変更された場合
④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・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認められる場合
⑦他の利用者がご契約者の身体・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において、事業者が適切な対応をとらない場合

（２）事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

①ご契約者が、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ご契約者による、サービス利用料金の支払いが１２か月以上遅延し、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ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者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を行うことなどによって、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、事業者はご契約者の心身の状況、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

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、利用者及び代理人に対して、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

《事業者》　所在地　岡山県井原市芳井町川相 351
名　称　社会福祉法人　芳　仙　会

説明者　小田川荘デイサービスセンター
職　名　生活相談員

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。なお、重要事項説明書 9 に定める個人情報が利用されることに同意します。

《利用者》　住　所

氏　名　　印

《代理人（署名代行者）》　住　所

氏　名　　印

《身元保証人兼連帯保証人》　住　所

氏　名　　印

《成年後見人》　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、利用申込者又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。