

「美川デイサービスセンター」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。
地域密着型通所介護事業（久万高原町指定3893400055）

当事業所は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とおり説明します。

※当事業は、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ない方でも利用は可能です。

1. 事業者

(1)	法人名	社会福祉法人 久万高原町社会福祉協議会
(2)	法人所在地	愛媛県上浮穴郡久万高原町上黒岩2920番地1
(3)	電話番号	(0892) 56-0750
(4)	代表者氏名	会長 玉泉 豊
(5)	設立年月日	平成16年8月1日

2. 事業所の概要

(1)	事業所の種類	地域密着型通所介護	令和6年4月1日指定 久万高原町指定3893400055
(2)	事業の目的	介護保険法令に従い、契約者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、地域密着通所介護（以下「サービス」という。）を提供します。	
(3)	事業所の名称	美川デイサービスセンター	
(4)	事業所の所在地	愛媛県上浮穴郡久万高原町上黒岩2920番地1	
(5)	事業所の電話番号	(0892) 56-0750	
(6)	事業所の管理者	住野 翔一	
(7)	当事業所の運営方針	要介護状態の心身の特性を踏まえて、その契約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可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図り、さらに契約者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等その他必要な援助を行うものとします。	
(8)	開設年月日	平成16年8月1日	
(9)	利用定員	1日あたり18人以内（地域密着型通所介護）	
(10)	事業所が行っている他の業務	国基準通所型サービス	平成18年4月1日指定 久万高原町指定3873400406

3. 事業実施地域及び営業時間

(1)	通常の事業の実施地域	久万高原町全域 ※但し、当事業所が契約者に対して適切なサービスを提供することが困難と判断した場合、他の事業所等を紹介するなどの措置を行う場合があります。
(2)	営業時間	月曜日から金曜日まで 午前8時30分～午後5時15分 ※但し、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律178号）に規定する休日及び12月29日から1月3日までを除く。
(3)	サービス提供時間	月曜日から金曜日まで 午前10時00分～午後3時15分

4. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して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及び業務内容〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤	非常勤	指定基準	業務内容
1. 管 理 者	1 名		1 名	事業所の統括・管理・事務
2. 生活相談員	1 名以上		1 名	契約者の相談業務
3. 介 護 職 員	2 名以上		2 名	契約者の介護業務
4. 看 護 職 員 (機能訓練指導員兼務)		1 名以上	1 名	看護業務・介護業務

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの概要

当事業所は、ケアプランに基づいて、契約者に対して以下のサービスを提供します。

①健康状態の確認

血圧、検温などの健康状態を確認します。

②食事サービス(但し、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。)

食事の準備、助を行います。

当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに契約者の身体の状況を考慮した食事を提供します。

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 午後12:00 ~ 午後1:00

③入浴サービス

入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④排泄介助

契約者の排泄の介助を行います。

⑤送迎サービス

契約者の希望により、自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

⑥アクティビティサービス

契約者が生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるような生活援助(支援)や家庭で日常生活に必要な基礎的なサービス(訓練)及び機能低下を防ぐため必要な訓練を行います。また、契約者の身体的、精神的な疲労回復と気分転換が図れるよう各種サービスを提供します。

ア. レクリエーション

イ. 行事的活動

ウ. 機能訓練

エ. 休養(養護)

⑦その他介護に関する相談

契約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します。

(2) 介護保険の給付対象となるサービスの利用料金

契約者の要介護度に応じたサービスの利用料金は、介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)となります。

※サービスの利用料金は、契約者の要介護度及び負担割合に応じて異なります。

〈負担割合1割〉

契約者の要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基 本 料 金	657 円	776 円	896 円	1,013 円	1,134 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ(1回につき)	22 円				
入 浴 加 算	40 円				
科学的介護推進体制加算(LIFE)(月額)	40 円				
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数に10.5%を乗じた単位数				

《負担割合 2割》

契約者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	1,314 円	1,552 円	1,792 円	2,026 円	2,268 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（1回につき）	44 円				
入浴加算	80 円				
科学的介護推進体制加算（LIFE）（月額）	80 円				
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数に 10.5%を乗じた単位数				

《負担割合 3割》

契約者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	1,971 円	2,328 円	2,688 円	3,039 円	3,402 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（1回につき）	66 円				
入浴加算	120 円				
科学的介護推進体制加算（LIFE）（月額）	120 円				
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数に 10.5%を乗じた単位数				

- ※ 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（ケアプラン）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、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。
- ※ 介護職員処遇改善加算については、1月あたりの介護報酬総単位数に応じて異なります。
- ※ 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。（後記（3）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契約者の負担額を変更します。
- ※ 同一建物減算・・・契約者の居住と事業所が同一建物内にある場合は94円/1回の減算をおこないます。
- ※ 送迎減算・・・事業所が契約者の送迎サービスを実施しない場合、片道47円の減算をおこないます。

(3) 介護保険給付対象とならないサービスの利用料金

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

① 食事の提供にかかる費用

契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

昼食費	一食あたり	500円
-----	-------	------

② レクリエーション・クラブ活動

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。料金：材料代等の実費をいただきます。

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契約者の日常生活に要する費用で契約者に負担いただくことが適当である物にかかる費用を負担いただきます。

おむつ代	尿取りパット	実費
	紙オムツ	実費
	紙パンツ	実費

④ 感染予防

身体に創傷のある契約者の入浴には、感染予防材料費として、実費をいただく場合があります。

- ※ 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ご説明します。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(2)、(3)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 下記指定口座への振込み 【金融機関名】松山市農業協同組合 久万支所 【口座名義】社会福祉法人 久万高原町社会福祉協議会 【口座番号】普通口座 4499521
イ. 金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関 ・松山市農業協同組合 ・愛媛銀行 ・愛媛信用金庫 ・伊予銀行 ・ゆうちょ銀行

(5) 利用の中止、変更、追加

- ①利用予定日の前に、契約者の都合により、サービスの利用を中止、変更又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実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。
- ②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)

- ③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。
- ④月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、ケアプランに位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。契約者の状態の変化等により、居宅介護支援事業所等へ連絡し、必要な相談支援を行います。

6. 心身状況の把握

- (1) 契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、事業所の看護職員若しくは主治医と連携のうえ、契約者から聴取、確認します。
- (2) 契約者へのサービス提供時において、緊急時の連絡先として主治医を確認する等、医師・医療機関への連絡体制の確保に努めるものとします。また、サービス提供時において、契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

7. サービス提供の記録

契約者に提供したサービスについて記録を作成し、完結の日から5年間保管するとともに、契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、又はその複写物を交付します。

8. 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) サービス提供にあたり、居宅介護支援事業者等との密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、通所介護計画の写しを契約者の同意を得たうえで居宅介護支援事業者等に速やかに送付いたします。
- (3) サービスの変更又は終了した場合は、その内容を記載した書面または写しを速やかに居宅介護支援事業者等に送付します。

9. 守秘義務

- (1) 事業者及び従業者は、サービスを提供するにあたって知り得た契約者又はその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、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 但し、契約者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合には、医療機関等に契約者の心身等の情報を提供します。

- (3) サービス担当者会議など、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、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

10. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、サービス提供時において、契約者に事故が発生した場合は、市町村、当該契約者の家族、当該契約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ものとします。
- (2) 事業者は、事故が生じた際、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるものとします。また、事故の状況及び事故に対して採った処置についての記録を行います。

11. 非常災害対策

事業者は非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従事者に周知、訓練の実施に当たって住民の参加が得られるように連携に努めるものとします。

12. 衛生管理及び従業者等の健康管理等

事業者は事業所において感染が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止の為の指針を整備します。
- (3) 事業所において、従業者に対し感染症の予防及びまん延の防止の為の研修及び訓練を定期的に実施します。

13. 虐待防止に関する事項

事業者は契約者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止の為の指針を整備します。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) 虐待の防止に掲げる措置を適切に実施するための担当者を配置します。
従業者はサービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者(契約者の家族等高齢者を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる契約者を発見した場合は速やかに、これを市町村に通報するものとします。

※高齢者虐待防止措置未実施減算なし

当事業所における虐待通報の受付

当事業所における虐待通報やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

虐待通報受付窓口	所在地	上浮穴郡久万高原町上黒岩2920番地1
	窓口機関名	久万高原町社会福祉協議会 本所
	担当者	山之内 砂有美
	電話番号	(0892) 56-0750
	F A X	(0892) 56-0166
受付時間	月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時15分 ※但し、国民の休日に関する法律(昭和23年法律第178号)に規定する休日及び12月29日～1月3日を除く。	

1 4. 身体的拘束に関する事項

- (1) サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わないものとします。
- (2) 前項の身体的拘束等を行う場合には、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を記録するものとします。

1 5. 業務提供体制確保

事業者は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講ずるものとします。

1 6. 業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、契約者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画にしたがい必要な措置を講じるものとします。

- (1) 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- (2) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

※業務継続計画未策定減算なし

1 7. 地域との連携等

事業者はその運営に当たっては、地域住民またはその自発的な活動等と連携及び協力を行う等の地域との交流を図ります。

- (1) 当事業所で行うサービスを地域に開かれたものとし、そのサービスの質の確保を図る目的として「運営推進会議」を設置します。
- (2) 「運営推進会議」の構成員は、契約者、家族、地域住民の代表、地域包括支援センター又は町職員、サービスについて知見を有する者とし、概ね6ヶ月に1回以上会議を開催します。

1 8. 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

- ①施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ②故意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、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。
- ③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

事業所敷地内は、喫煙できません。

1 9. 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。但し、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、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

2 0. サービス利用をやめる場合、契約の終了について

- (1) 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、契約期間満了の前日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契約者が死亡した場合
- ②要介護認定により契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- 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、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（詳細は以下を参照下さい。）

(2) 契約者から解約・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前日までに通知願います。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サービス利用料金の変更に同意できない場合
- ②契約者が入所された場合
- ③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事業者若しくは従業者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤事業者若しくは従業者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者若しくは従業者が故意又は過失により契約者の身体・財産・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他の利用者が契約者の身体・財産・信用等を傷つけた場合、若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

(3) 事業者から解約・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ヶ月以上遅延し、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契約者が、故意又は重大な過失により事業者又は従業者若しくは他の利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しく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

(4) 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。

2 1. 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	所 在 地	上浮穴郡久万高原町上黒岩 2 9 2 0 番地 1
	窓口機関名	久万高原町社会福祉協議会 本所 美川デイサービスセンター
	代 表 者	管理者 住野 翔一
	電 話 番 号	(0 8 9 2) 5 6 - 0 7 5 0
	F A X	(0 8 9 2) 5 6 - 0 1 6 6
苦 情 解 決 第 三 者 委 員 * 別紙 1 参 照	所 在 地	上浮穴郡久万高原町上黒岩 2 9 2 0 番地 1
	窓口機関名	久万高原町社会福祉協議会 本所
	電 話 番 号	(0 8 9 2) 5 6 - 0 7 5 0
	F A X	(0 8 9 2) 5 6 - 0 1 6 6
受 付 時 間	月曜日から金曜日 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 ※但し、国民の祝日に関する法律（昭和 2 3 年法律第 1 7 8 号）に規定する休日及び 1 2 月 2 9 日～1 月 3 日を除く。）	

(2) 行政機関その他苦情受付時間

久万高原町地域 包括支援センター	所在地	上浮穴郡久万高原町久万212番地
	電話番号	(0892) 50-0230
	F A X	(0892) 21-2860
	受付時間	月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時15分
久万高原町役場 * 保健福祉課 * 長寿介護班 * 介護保険係	所在地	上浮穴郡久万高原町久万212番地
	電話番号	(0892) 21-1111
	F A X	(0892) 21-2860
	受付時間	月曜日から金曜日 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・保健課	所在地	松山市高岡町101番地1
	電話番号	(089) 968-8700
	F A X	(089) 968-8717
	受付時間	月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時00分
愛媛県社会福祉協議会 * 愛媛県運営適正化委員会 * 苦情解決部会 (救ピット委員会)	所在地	松山市持田三丁目8番地15
	電話番号	(089) 998-3477
	F A X	(089) 921-8939
	受付時間	月曜日から金曜日 午前9時00分～午後4時00分

※ この重要事項説明書は、厚生省令第34号(平成18年3月14日)第29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。

令和 年 月 日

地域密着型通所介護サービス提供の開始に際し、事務所備え付けの「美川デイサービスセンター重要事項説明書」により重要事項の説明を行いました。

尚、説明した重要事項説明書は、契約者に1部お渡しします。

美川デイサービスセンター

説明者氏名

氏名 _____

契約者

私は、「美川デイサービスセンター重要事項説明書」により事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所 愛媛県上浮穴郡久万高原町

氏名 _____

(_____)

代理人

私は、本人に代わり、上記の記名を行いました。

私は、本人の契約意思を確認しました。

代理人住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 (_____)