

「地域密着型通所介護」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。
(高崎市指定 第 1070204779 号)

当事業所はご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

法人名 有限会社 くらら
法人所在地 群馬県高崎市八千代町 1-12-9
電話番号 027-320-7233
代表者氏名 代表取締役 古谷 友靖

2. 事業所の概要

事業所の種類 地域密着型通所介護事業所・平成25年12月1日指定
事業所の名称 デイサービス ゆとり
事業所の所在地 群馬県高崎市井野町 1038番1
電話番号 027-395-6612
事業所長 管理者 室川 貴夫
開設年月 平成25年12月1日
利用定員 1日18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 高崎市(旧倉淵地域、新町地域、榛名地域を除く)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日 ~ 土曜日
受付時間	8時30分~17時30分
サービス提供時間	9時00分~16時30分

ただし、12月31日から1月2日の間は年末年始の休業とする。

(年度によっては営業日になる場合もあり)

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所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。

<配置職員の職種>

管理者 事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。

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。

看護職員 主にご契約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 ご契約者の機能訓練を担当します。

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。

<職員の配置状況>

役職	人数	備考
1. 管理者	1名	(介護保険法に基づき必要な人員を満たします)
2. 看護師	1名以上	機能訓練指導員と兼務(介護保険法に基づき必要な人員を満たします)
3. 機能訓練指導員	1名以上	看護師と兼務(機能訓練指導時間中は専従)
4. 生活相談員	1名以上	介護保険法に基づき必要な人員を満たします
5. 介護職員	2名以上	介護保険法に基づき必要な人員を満たします

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所でご契約者に対して提供するサービスには

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス
- (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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、介護保険の適用がある場合には原則として利用料金の1割又は2割、3割、ご契約者の負担額(自己負担額)となります。

<サービスの概要>

①入浴 (入浴サービスの利用は任意です)

- ・ 入浴又は清拭を行います。浴槽は個別浴槽です。
- ・ バスボードやシャワーチェアを活用しながらご契約者の身体状況に合わせた日常生活リハビリとして適切な入浴介助を行います。

②排泄

- ・ 状況に応じた適切な排泄介助を行います(トイレ誘導・オムツ交換など)。また排泄の自立についても援助を行います。

③機能訓練

- ・ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、ご契約者の心身等の状況に応じた個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的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（送迎サービスの利用は任意です）

- ・ ご契約者のご自宅から当事業所まで施設の車で送迎いたします

⑤健康チェック

- ・ 利用日ごとにご契約者の血圧・体温測定等を行い、全身の状態を把握します。

⑥相談及び援助

- ・ ご契約者とその家族からのご相談に応じます。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞

下記の料金表に従い、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）をお支払い頂きます。（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）

サービス利用に係る自己負担額

- ・ 地域密着型通所介護

地域密着型通所介護費

介護度 所要時間	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
3 時間以上 4 時間未満	4 1 6 単位	4 7 8 単位	5 4 0 単位	6 0 0 単位	6 6 3 単位
4 時間以上 5 時間未満	4 3 6 単位	5 0 1 単位	5 6 6 単位	6 2 9 単位	6 9 5 単位
5 時間以上 6 時間未満	6 5 7 単位	7 7 6 単位	8 9 6 単位	1 0 1 3 単位	1 1 3 4 単位
6 時間以上 7 時間未満	6 7 8 単位	8 0 1 単位	9 2 5 単位	1 0 4 9 単位	1 1 7 2 単位

加算		
時間延長	5 0 単位	9 時間以上 10 時間未満のご利用日
	1 0 0 単位	10 時間以上 11 時間未満のご利用日
	1 5 0 単位	11 時間以上 12 時間未満のご利用日
入浴加算 I	4 0 単位	入浴介助を行なった日
通所介護同一建物減算	- 9 4 単位	事業所と同一の建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護をおこなった場合、1日につき
通所介護送迎減算	- 4 7 単位	事業所が送迎を行わない場合、片道につき
通所介護処遇改善加算	I	1 月につき所定単位数の 9. 2%
	II	1 月につき所定単位数の 9. 0%
	III	1 月につき所定単位数の 8. 0%
	IV	1 月につき所定単位数の 6. 4%

地域加算	6 級地	所定単位数×2.7%
個別機能訓練加算（I）イ	56 単位	

※自己負担は所得に応じ 1 割負担から一定以上の所得がある場合は 2 割・3 割負担になります。

- ☆ 上記料金算定の基本となる所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ☆ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額がご契約者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ☆ ご契約者がまだ要介護認定や事業対象者認定を受けていない場合や、保険料の滞納等により事業者に直接介護保険給付が行われない場合は、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。引き換えにご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ 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 食事の提供（食事サービスの利用は任意です）

- ・ ご契約者の身体状況に配慮した食事（とろみ・キザミ食など）を提供します。

食費：1 回あたり 650 円

② レクリエーション

- ・ ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。

利用料金：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と認められる費用はご契約者の負担となります。

おむつ代：190 円

尿取りパット：50 円

その他 : 実費

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス提供月の翌月10日前後に、請求書を発行します。概ね10日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、郵便局自動払い込み、現金集金のどちらかをご契約の際に選べます。

(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、地域密着型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へ申し出て下さい。

○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。

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	食事にかかる費用650円

6. 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) ○苦情解決担当責任者
担当者 室川 貴夫 (兼務)
受付時間 毎週 月曜日～土曜日 8:30～17:30
TEL 027-395-6612 FAX 027-395-6614

○第3者委員
日高病院内 地域医療連携室
受付時間 毎週 月曜日～土曜日 8:30～16:30
TEL 027-362-6201 FAX 027-362-0217

(2) 行政機関その他苦情受付機関

高崎市役所介護保険担当課	高崎市高松町 35-1 TEL 027-321-1111
国民健康保険団体連合会	前橋市元総社町 335-8 TEL 027-290-1323
群馬県社会福祉協議会	前橋市新前橋町 13-12 TEL 027-255-6033

7. 通所サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対して地域密着型通所介護サービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- | |
|---|
| <p>①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。</p> <p>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。</p> <p>③ご契約者に提供した通所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。</p> <p>④ご契約者への通所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</p> |
|---|

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。

8. 地域密着型通所介護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。

(3) 飲酒

原則として禁止です。但し、事前に管理者に、申し出た上で了解を得ている場合は飲酒を認めます。

(4) 金銭・貴重品

原則としてお持ちにならないようお願いします。お持ちになった場合は事務室内の金庫にて保管させていただきます。また、盗難や紛失等に際しては当施設において、責任を負いかねます。

(5) 火気の取り扱い

喫煙する為の煙草やライター等の火気類は当施設の従業員が管理いたします。また、火気類等、危険物は、施設内に持ち込まないようお願いします。

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。

10. 地域密着型通所介護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、継続して地域密着型通所介護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 介護認定等によりご契約者の心身の状況が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、ご契約者に対する通所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日前までにお申し出ください。

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通所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事業者もしくは通所サービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくは通所サービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくは通所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、地域密着型通所介護サービス利用料金の支払いが3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 契約者が、故意又は重大な過失により事業者又は地域密着型通所介護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。

1.1. 緊急時の対応について

- ・ 地域密着型通所介護サービス提供中にお客様の容態の急変等が発生した場合には、契約時の打合せに従って主治医、救急隊、ご親族等への連絡をさせていただきます。
- ・ 介護支援専門員へ連絡をとりたい場合、弊社事業所にご連絡いただいても、事業所から担当介護支援専門員に連絡し、ご通知させていただきます。

1 2. 事故発生時の対応について

- ・ お客様に対する地域密着型通所介護サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに市町村（保険者）、ご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置をとらせて頂きます。
- ・ 自ら地域密着型通所介護計画に位置付けた地域密着型通所介護サービスの提供により、事故が発生した場合には、その事故の状況及び事故に際して採った処置の具体的手順と内容を記録し保存致します。
- ・ お客様に対する地域密着型通所介護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います。

1 3. 秘密保持について

- ・ 事業者および事業者の使用する者は、地域密着型通所介護サービスを提供する上で知り得た契約者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ・ 前項にかかわらず、契約書にかかわるサービス担当者会議や医療機関等での利用など正当な理由がある場合には、契約者又はその家族等の個人情報を用いることに契約者は同意します。

1 4. 個人情報開示について

- ・ 事業者が通所介護提供を行う上で必要な契約者およびその家族に関する情報を行政機関や医療機関が事業者が開示することを契約者は承諾します。

1 5. 運営推進会議について

地域との連携と事業所運営の透明性を確保するために、利用者やその家族、地域住民の代表者、市町村職員または地域包括支援センター職員、地域密着型通所介護について知見を有する者などで構成される「運営推進会議」を開催し、活動状況を報告し、評価を受けるとともに、会議で要望や助言を聴く機会を設けることが義務付けられます。なお、地域密着型通所介護における「運営推進会議」の開催頻度は、「おおむね6ヶ月に1回以上」とされました。

1 6. 第三者評価の実施状況 無し

1 7. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者

代表取締役 古谷 友靖

(2) 成年後見制度の利用を支援いたします。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報いたします。

18. 身体拘束の禁止について

サービスの提供にあたっては、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緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

介護保険指定基準上、「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」には身体拘束が認められているが、これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限ります。

<三つの要件をすべて満たすことが必要>

◆切迫性 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

◆非代替性 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。

◆一時性 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

※3つの要件をすべて満たす状態であることを検討、確認し記録しておきます。

令和 年 月 日

地域密着型通所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。

デイサービスゆとり 生活相談員

説明者：室川 貴夫

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、地域密着型通所介護の提供開始に同意しました。

<利用者>	住所		
	氏名		印
<家族等>	住所		
	氏名		印
		(続柄)
<代署者>	住所		
	氏名		印
		(利用者との関係)