

介護予防・日常生活支援総合事業  
第１号通所事業 重要事項説明書

1 事業所の概要

|          |                                        |
|----------|----------------------------------------|
| 事業所名     | 笛吹市社会福祉協議会 八代境川通所介護事業所                 |
| 所在地      | 笛吹市八代町南 326-1                          |
| 事業所指定番号  | 1971800089 号                           |
| 管理者      | 大勝 隼人                                  |
| 連絡先      | 笛吹市社会福祉協議会 八代境川通所介護事業所 電話 055-265-2857 |
| サービス提供地域 | 笛吹市                                    |

2 事業所の運営方針

当事業所は、要支援状態にある利用者の心身の特性を踏まえ、有する能力に応じて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の世話及び機能訓練を行うことにより、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減に努めるとともに、適切な通所介護サービスの提供を行います。

3 営業日及び営業時間

|          |                                                            |
|----------|------------------------------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から土曜日及び祝祭日<br>但し 5 月 5 日及び年末年始の 1 2 月 3 1 日～1 月 3 日は除く。 |
| 営業時間     | 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分                                  |
| サービス提供時間 | 午前 9 時 1 5 分～午後 4 時 3 0 分                                  |

4 事業所の職員体制等

|                 |       |
|-----------------|-------|
| 管理者（介護職員兼務）     | 1 名   |
| 生活相談員           | 1 名以上 |
| 看護職員（機能訓練指導員兼務） | 1 名以上 |
| 介護職員            | 3 名以上 |

5 第 1 号通所事業の主な内容

送迎、健康状態の確認、食事、入浴、日常生活の援助、レクリエーション、個別機能訓練等を行います。

6 利用料金

利用料金は、「基本部分と加算の合計の額」と「その他の費用」の合計額となります。

その他の費用の支払を含むサービスを提供する際には、事前に利用者又はご家族に対して必要な資料を提示し、当該サービスの内容及び費用を説明した上で、利用者の同意を得ることとします。また、併せて、その支払いに同意する旨の文書に署名を受けることとします。

（１）基本部分と加算の額

基本部分は、要支援度に応じた利用者負担額で、介護保険の基本料金に「介護保険負担割合証」に応じた 1 割または 2 割の額です。尚、介護保険料の滞納等が生じた場合は、厚生労働省の基準に従った負担割合になります。

【基本部分（月額）】

| 要支援度                            | 利用の方法 | 利用者負担額<br>（１割の方） | 利用者負担額<br>（２割の方） | 利用者負担額<br>（３割の方） |
|---------------------------------|-------|------------------|------------------|------------------|
| 事業対象者・要支援 1                     | 月単位   | 1, 7 9 8 円       | 3, 5 9 6 円       | 5, 3 9 4 円       |
| 事業対象者・要支援 1<br>※1 月の中で全部で 4 回まで | 回数    | 4 3 6 円          | 8 7 2 円          | 1, 3 0 8 円       |
| 事業対象者・要支援 2                     | 月単位   | 3, 6 2 1 円       | 7, 2 4 2 円       | 1 0, 8 6 3 円     |
| 事業対象者・要支援 2<br>※1 月の中で全部で 8 回まで | 回数    | 4 4 7 円          | 8 9 4 円          | 1, 3 4 1 円       |

【加算（月額）】①サービス提供体制強化加算Ⅰ

| 要支援度  | 1 割の方   | 2 割の方   | 3 割の方   |
|-------|---------|---------|---------|
| 要支援 1 | 8 8 円   | 1 7 6 円 | 2 6 4 円 |
| 要支援 2 | 1 7 6 円 | 3 5 2 円 | 5 2 8 円 |

【加算（月額）】②介護職員等処遇改善加算Ⅲ

| 要支援度              | 1 割の方              | 2 割の方 | 3 割の方 |
|-------------------|--------------------|-------|-------|
| 事業対象者・要支援 1・要支援 2 | 月の利用総単位に 8.0%を乗じた額 |       |       |

【減算】送迎を行わなかった場合

| 要支援度                  | 1 割の方   | 2 割の方   | 3 割の方     |
|-----------------------|---------|---------|-----------|
| 事業対象者・要支援 1・要支援 2（片道） | 4 7 円減算 | 9 4 円減算 | 1 4 1 円減算 |

（２）その他の費用（次の利用料金は、利用者の負担となります）

① 食費（おやつ代を含む）

1 食あたり、7 5 0 円

② その他

上記のほか、通所介護の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は実費とします。

尚、紙パンツ、おむつは、必要に応じて無料でお貸しいたしますのでお返してください。

(3) 利用料の支払方法

利用料金は1ヶ月毎に計算し、翌月27日に指定口座より振り替えさせていただきます。

7 サービス利用に関する留意事項

(1) 利用者の都合により、利用予定日前に利用中止又は変更が出来ます。この場合は、サービスの実施日の前日までに申し出て下さい。

(2) 当日迎えに伺った時点で利用の中止の申し出をされた場合、取り消し料を頂くことが有ります。(キャンセル料金は、当日の自己負担相当額となります。)

但し、利用者の体調不良など正当な理由がある場合は、この限りではありません。

(3) 健康上の理由により、サービスの提供をお断りする場合があります。

① 風邪、病気(感染症含む)の際は、サービスの提供をお断りすることが有ります。

② 当日の健康チェックの結果、体調が悪いと思われるときは、サービスの内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡し、必要に応じて速やかに主治医等に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

(4) サービスが中止した場合、同月内であればご希望の日に振り替えることが出来ます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振替できませんのでご了承ください。

(5) 看護職員の処置などで使用する薬剤(軟膏・床ずれの薬・水虫薬等)は、持参していただきます。また、医療的処置については、主治医からの指示を基本とし実施いたしますが、緊急時や摘便、創傷等の処置に関しましては、看護師の判断で行なう場合があります。

8 虐待防止について

利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため必要な措置を次のとおりとします。

(1) 虐待防止に関する責任者 管理者 大勝 隼人

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備を行っています。

(4) 職員に対して、虐待を防止するための研修を定期的に行っています。

(5) 笛吹市包括支援センター、警察等との虐待等における通報先との連携や協力に努めます。

9 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

(2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

(3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10 衛生管理等

(1) 指定通所介護施設、食器その他の設備又は飲用水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

(2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次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、職員に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

11 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 職員に対し、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します。

(3) 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います。

12 暴言・暴力・ハラスメントについて

暴言・暴力・ハラスメントに対するために必要な措置を次のとおりとします。

(1) ハラスメントに対する法人責任者 事務局長 小尾 恭一

(2) 暴言・暴力・ハラスメントに対し組織、地域で適切な対応を図ります。

(3) 職員に対する暴言・暴力・ハラスメントを防止し、啓発、普及するための研修を実施しています。

(4) 暴言・暴力・ハラスメント行為が利用者やその家族から、その職員に対してあった場合には契約の解除だけでなく、法的な措置と共に損害賠償を求める事があります。

13 苦情の受付について

① 当事業所に対す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) 大勝 隼人

○受付時間 月曜日～土曜日(午前8時30分～午後5時30分)

○電話 055-265-2857 fax 055-265-1416

② 行政機関その他の苦情受付機関は次のとおりです。

○笛吹市 保健福祉部 介護保険課 電話：055-261-1903

○山梨県国民健康保険団体連合会苦情担当窓口 電話：055-233-9201

14 緊急時、事故発生時の対応

あなたに病状の急変など緊急の事態や事故が発生した場合は、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡し、必要な措置を講じます。なお、高齢者が日常生活でけが等を生じる状況につきまして、別紙（「高齢者の身体的特徴等により日常生活などでけが等がおきる状況」）をご参照いただき、ご理解とご協力をお願いいたします。

|           |     |
|-----------|-----|
| ①主治医：     | 連絡先 |
| ②協力医療機関：  | 連絡先 |
| ③緊急連絡先：氏名 | 連絡先 |
| 氏名        | 連絡先 |

15 損害賠償

サービスの提供にあたって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者が故意・過失がない場合には、この限りではありません。なお、利用者の傷害補償などの損害賠償保険に加入しています。

16 第三者評価

外部業者による第三者評価は実施していません。

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業の契約の締結に当たり、重要事項を説明いたしました。

|     |                        |               |
|-----|------------------------|---------------|
| 事業者 | 所在地                    | 笛吹市八代町南 326-1 |
| 名 称 | 笛吹市社会福祉協議会 八代境川通所介護事業所 |               |
| 説明者 | 氏 名                    | 印             |

サービス契約の締結に当たり重要事項の説明を受けました。

|     |       |
|-----|-------|
| 利用者 | 住 所   |
|     | 氏 名 印 |

|     |       |
|-----|-------|
| 代理人 | 住 所   |
|     | 氏 名 印 |