

「介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所
事業(通所介護相当サービス)」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。
(呉市指定 3490500356)

当事業所は、ご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業
(通所介護相当サービス)の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。

目 次

1	事業者について・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	事業所の概要について・・・・・・・・・・・・	1
3	サービスの内容について・・・・・・・・・・・・	2
4	サービス提供の記録等について・・・・・・・・	2
5	サービス提供の責任者について・・・・・・・・	2
6	利用者負担金について・・・・・・・・・・・・	3
7	キャンセルについて・・・・・・・・・・・・・・	5
8	介護保険給付の請求のための証明書の交付について	6
9	通所介護相当サービスに関する事業者の義務について	6
10	事故発生時の対応について・・・・・・・・・・	6
11	身体拘束等について・・・・・・・・・・・・・・	6
12	虐待の防止について・・・・・・・・・・・・・・	7
13	感染症対策について・・・・・・・・・・・・・・	7
14	事業者からの契約解除について・・・・・・・・	7
15	苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・	8
16	第三者評価の実施状況について・・・・・・・・	9

社会福祉 呉市社会福祉協議会
法人
下蒲刈通所介護事業所

連絡先： 電話番号 0823-65-3120
F A X 0823-65-3125

1 事業者について

- (1) 法人名 社会福祉法人 呉市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 広島県呉市中央五丁目12番21号
- (3) 電話番号 0823-25-3509
- (4) 代表者氏名 会長 中本 克州
- (5) 設立年月 昭和42年5月

2 事業所の概要について

- (1) サービスの種類 指定介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所介護事業
(通所介護相当サービス)
平成30年4月1日指定 3490500356
- (2) 事業の目的 要支援者または事業対象者が、その有する能力に応じ、可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 呉市社会福祉協議会 下蒲刈通所介護事業所
- (4) 事業所の所在地 広島県呉市下蒲刈町下島1713番地の1
- (5) 電話番号 0823-65-3120
- (6) 事業管理者名 高 佳代子
- (7) 当事業所の運営方針 事業所は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話または支援、機能訓練等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の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とともに、利用者の意思及び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ます。
また、市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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。
- (8) 開設年月日 平成17年5月1日
- (9) 通常の事業の実施地域 呉市下蒲刈町、蒲刈町
- (10) 営業日 月曜日から金曜日、及び国民の祝日です。
(12月29日から1月3日を除きます。)
- (11) 営業時間 午前8時15分から午後5時00分
- (12) サービス提供時間 午前9時30分から午後3時45分

(13) 職員の体制

当事業所では、利用者に対して通所介護相当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。

職 種	員 数
管理者	1 名
生活相談員	1 名以上
看護職員	1 名以上
介護職員	2 名以上
機能訓練指導員	1 名以上

※一部の職員は兼務で対応しています。

3 提供するサービスの内容について

- (1) 日常生活支援・総合事業第1号通所事業(通所介護相当サービス)(以下、「通所介護相当サービス」という。)は、事業者が設置する事業所に通っていただき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

- (2) 事業者は、次のサービス内容区分の中から選択されたサービスを提供します。

【 サービス内容区分 】

- | | |
|----------|----------------|
| ① 送迎サービス | ⑤ 生活指導(相談・援助等) |
| ② 健康チェック | ⑥ 機能訓練 |
| ③ 食事 | ⑦ レクリエーション など |
| ④ 入浴 | |

- (3) サービス提供に当たっては、別添の「個別サービス計画書」に沿って、計画的に提供します。

4 サービス提供の記録等について

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「通所介護相当サービス記録書」等の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業者は、前記の「通所介護相当サービス記録書」その他の記録を、作成完了後2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又はその写しを交付します。

5 サービス提供の責任者について

- (1) サービス提供の責任者は、次のとおりです。サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名 : 高 佳代子

連絡先(電話) : 65-3120

6 利用者負担金について

あなたが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、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割、2割または3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービス利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

- (1) 通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算、減算の合計の額となります。

【 基本部分 】

利用頻度	対 象 者	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
週1回程度	事業対象者 要支援1	1, 7 9 8 円	3, 5 9 6 円	5, 3 9 4 円
	要支援2	1, 8 1 1 円	3, 6 2 2 円	5, 4 3 3 円
週2回程度又は週2回を超える程度	事業対象者 要支援2	3, 6 2 1 円	7, 2 4 2 円	1 0, 8 6 3 円

【 加算 】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件(概要)		加算額(利用者負担)		
			1割負担 の場合	2割負担 の場合	3割負担 の場合
サービス提供体制	別に厚生労働大臣が定め	事業対象者・要支援1 (週1回程度)	7 2 円	1 4 4 円	2 1 6 円
強化加算(Ⅱ)	基準に適合している場合	事業対象者・要支援2 (週2回程度又は週2回を超える程度)	1 4 4 円	2 8 8 円	4 3 2 円
科学的介護推進 体制加算	当該加算の算定要件を 満たす場合		4 0 円	8 0 円	1 2 0 円
介護職員等処 遇改善加算 (Ⅰ)	当該加算の算定要件を満 たす場合		上記基本部分と各種加算減算の合計9. 2%		

【 減算 】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件(概要)		減算額(利用者負担)		
			1割負担 の場合	2割負担 の場合	3割負担 の場合
送迎減算	事業所が送迎を 行わない場合	事業対象者・要支援1 (週1回程度) 事業対象者・要支援2 (週2回程度又は週2回を超える程度)	4 7 円	9 4 円	1 4 1 円

- (2) 食事サービスの提供に関する費用のうち、食費として1日あたり550円を徴収させていただきます。
- (3) 通常のサービス提供地域以外の地域に出向く場合は、通常のサービス提供地域を超えた時点から旅費(実費)の負担をしていただく場合があります。(自動車を使用した場合は、路程1キロメートルあたり23円及び有料道路通行料、フェリー等使用した場合は船賃とします。)
- (4) サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合には、支給限度額を超えた金額は全額自己負担となります。
- (5) 介護報酬以外の費用(おむつ代、レクリエーション費等の実費相当額が必要となる場合)は、別途請求いたしますので、その都度現金でお支払い下さい。
- (6) 利用者負担金は、1ヶ月ごとに計算し、請求いたします。翌月25日にご指定の金融機関の口座から引き落としますので、よろしくお願いします。
- (7) 利用者負担金は1ヶ月ごとの月額包括報酬です。
- (8) 契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防ケアプランに定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は介護予防ケアプランに定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額は行いません。
- (9) 月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始又は終了した場合であっても、原則として、日割り計算は行いません。ただし、次表に該当する場合は、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用者負担金を計算します。

月途中の事由		起算日※2
開 始	・月途中に要支援1から要支援2に変更になった場合 ・月途中に要支援2から要支援1に変更になった場合 ・月途中に事業対象者から要支援に変更になった場合	変更日
	・月途中に要介護から要支援に変更になった場合 ・サービス事業所を変更した場合(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業を開始した場合(指定有効期間の開始)	契約日
	・事業所の指定効力の停止が解除された場合 ・利用者との契約を開始した場合	契約日
	・介護予防通所介護の契約を解除した場合	契約を解除した日の翌日
	・介護予防特定施設入所者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居をした場合	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約を解除した場合	契約を解除した日の翌日

月途中の事由		起算日※2
開始	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所した場合	退所日の翌日
終了	・月途中に要支援1から要支援2に変更になった場合 ・月途中に要支援2から要支援1に変更になった場合 ・月途中に事業対象者から要支援に変更になった場合	変更日
	・月途中に事業対象者から要介護に変更になった場合 ・月途中に要支援から要介護に変更になった場合 ・サービス事業所を変更した場合(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業を廃止した場合(指定有効期間の満了) ・事業所の指定効力の停止が開始された場合 ・利用者との契約を解除した場合	契約を解除した日
	・介護予防通所介護の契約を開始した場合	サービス提供日の前日
	・介護予防特定施設入所者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居をした場合	入居した日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録を開始した場合	サービスを提供した日(通い、訪問又は宿泊)の前日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護に入所した場合	入所した日の前日

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。

なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。

※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前となる。

7 キャンセルについて

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話) : 65-3120

- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。

8 介護保険給付の請求のための証明書の交付について

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

9 通所介護相当サービスに関する事業者の義務について

当事業所では、利用者に対して通所介護相当サービスを行うにあたり、次のことを守ります。

- (1) 利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- (2) 利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、利用者又はその家族等から徴取、確認します。
- (3) 事業者及び通所介護相当サービス従事者は、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。

サービスを提供するにあたって利用者又は家族等から収集した情報は、通所介護事業の利用に関する事項以外には使用しません。

この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。

ただし、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。

10 事故発生時の対応について

当事業所では、通所介護相当サービスの際発生した事故には、迅速かつ的確に対応いたします。

○損害賠償について

事業者の責任により利用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、利用者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

11 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その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行いません。ただし、自傷他害等のおそれにより、利用者または他の利用者の生命または身体を保護する必要があるなど、次に掲げること該当する場合、利用者または家族に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲で行うことがあります。また、緊急時等、やむを得ない事情により、事前に説明を行わなかった場合には、身体拘束等を行った後速やかに、当該利用者またはその家族に、身体拘束等の態様等を説明します。

切迫性	利用者本人または他の利用者の生命又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、看護方法がないこと
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

その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

12 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) 虐待防止に関する担当者を選定します。
 <虐待防止に関する担当者> 管理者 高 佳代子
- (2) 虐待防止の指針を整備し、必要に応じ見直しを行います。
- (3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。その結果を、職員に周知徹底を行います。
- (4) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

13 感染症対策について

事業者は、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、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (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定期的に開催します。その結果を、職員に周知徹底します。
- (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備し、必要に応じ見直します。
- (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に実施します。

14 事業者からの契約解除について（契約書第9条3関係）

当事業所でサービスを提供するにあたり、利用者またはその家族が次の行為を行った場合、サービスを中断する場合があります。また、その問題行為に関する話し合いを行い、その後、1ヶ月の経過により改善されない場合は、契約を解除しますが、問題行為がなくなった場合は、その限りではありません。

- (1) 職員や他の利用者に対する暴力または乱暴な言動
 - ①ものを投げつける
 - ②刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
 - ③怒鳴る、奇声、大声を発する など

(2) セクシャルハラスメント

- ①職員や他の利用者の体を触る，手を握る
- ②腕を引っ張り抱きしめる
- ③ヌード写真を見せる など

(3) その他

- ①職員や他の利用者の自宅住所や電話番号を何度も聞く
- ②ストーカー行為 など

15 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

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 所 在 地 ： 呉市下蒲刈町下島 1 7 1 3 番地の 1
電 話 番 号 ： 0 8 2 3－6 5－3 1 2 0
F A X ： 0 8 2 3－6 5－3 1 2 5
- 苦情受付担当者 高 佳代子
- 受付時間 毎週月曜日から金曜日（但し， 1 2 月 2 9 日から 1 月
3 日までを除く。）
8：15～17：00（FAXは24時間365日受付）
- 苦情解決責任者 〔事務局長〕 河 野 隆 司

(2) 第三者委員

本事業所では，地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し，地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。ご契約者は，本事業所への苦情やご意見を第三者委員に相談することもできます。

〈 第三者委員〉

名 前	連 絡 先
西田 小百合	呉市西中央3丁目7番37号グレイス寿3階
兼重 卓郎	呉市溝路町6番23号

(3) 行政機関その他苦情受け付け機関

①呉市役所 介護保険課

- 所 在 地 呉市中央四丁目 1 番 6 号
- 電 話 番 号 0 8 2 3－2 5－2 6 2 6
- F A X 0 8 2 3－2 5－8 5 2 9
- 受 付 時 間 毎週月曜日～金曜日 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分
（但し，国民の休日， 1 2 月 2 9 日から 1 月 3 日までを除く。）

②広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護第二係

- 所在地 広島市中区東白島町１９番４９号 国保会館
- 電話番号 ０８２－５５４－０７８３
- F A X ０８２－５１１－９１２６
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前８時３０分～午後５時１５分
(但し、国民の休日、１２月２９日から１月３日までを除く。)

③広島県社会福祉協議会（広島県福祉サービス運営適正化委員会）

- 所在地 広島市南区比治山本町１２－２
- 電話番号 ０８２－２５４－３４１９
- F A X ０８２－５６９－６１６１
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前８時３０分～午後５時１５分
(但し、国民の休日、１２月２９日から１月３日までを除く。)

16 第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業（通所介護相当サービス）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。

令和 年 月 日

事業者	所在地	広島県呉市中央五丁目12番21号
	法人名	社会福祉法人 呉市社会福祉協議会
	代表者名	会長 中本 克州
	事業所名	下蒲刈通所介護事業所
	説明者名	

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（通所介護相当サービス）の提供開始に同意しました。

ご契約者住所

ご契約者氏名

私は、本人の意思を確認し、本人の代わりに前記署名を行いました。

ご契約者との関係

署名代行理由

署名代行者住所

氏 名

連 絡 先 () —
