

日常生活支援総合事業（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。
(指定番号 第3071600526号)

当事業所はご契約者に対して日常生活支援総合事業（通所介護相当サービス）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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受付について
7. 身体拘束について
8. 事故発生時の対応について
9. 高齢者虐待防止に関する事項
10. 事業継続計画の策定等について
 11. 第三者評価の実施について
 12. 感染症等について
 13. 利用される時に必要なもの
 14. 個人情報提供同意書

1. 事業者

法人名 社会福祉法人 和歌山ひまわり会
法人所在地 和歌山県有田郡広川町和田宇天皇谷 18 番地
電話番号 0737-65-0555
代表者氏名 理事長 森 一章
設立年月 昭和50年11月17日

2. 事業所の概要

事業所の種類 ◎日常生活支援総合事業（通所介護相当サービス）
平成30年4月1日指定（有田市・広川町・湯浅町・有田川町）
※当事業所は介護老人福祉施設 広川苑に併設されています。
事業所の目的 日常生活支援総合事業（通所介護相当サービス）を提供する事業所
※以後、日常生活支援総合事業は通所介護相当サービスという。
事業所の名称 デイサービスセンター 広川苑
事業所の所在地 和歌山県有田郡広川町和田宇天皇谷 18 番地
電話番号 0737-65-0555
施設長（管理者） 森 一章
当事業所の運営方針 利用者の人権を尊重し個人の介護状態や心身の状態に応じて日常生活のお世話をし、社会参加の機会を作り自立への支援を行います。
開設年月 平成18年4月1日
利用定員 月・火・木・金・土曜日：30人（指定通所介護の定員を含む）

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業実施地域 広川町、湯浅町、有田市、有田川町（旧吉備町、金屋町地区）

(2) 営業日及び営業時間

一 営業日 毎週月・火・木・金・土曜日（祝日含む）

ただし、年末年始（12月30日、1月1日～3日まで）は休業いたします。

※（12月31日に限り、日曜及び水曜日の場合であっても営業いたします。）

二 営業時間 午前8時30分から午後5：30分までとする（延長利用可）

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約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	職員数	指定基準 (30人)
施設長（兼務）	1	1
生活相談員	2名以上	2
介護職員	5名以上	4
看護職員 機能訓練指導員（兼務）	1名以上	1

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。

(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、通常9割が介護保険から給付されます。

①入浴

- ・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。

②排泄

- ・ご契約者の排せつの介助を行います。

③個別機能訓練

- ・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並びに口腔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。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

- ⑤「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されている負担割合の額**です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

<通所介護相当サービス>

【基本部分・要支援の方】

サービス名（市町村名）	事業対象者・要支援1	（日割り）	事業対象者・要支援2	（日割り）
通所型独自サービス （広川町・湯浅町・有田川町・有田市）	1,798 単位/月	59 単位/日	3,621 単位/月	119 単位/日

【加算部分】

生活機能向上グループ活動加算 1月につき 100 単位	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 事業対象者・要支援1 1月につき 88 単位 事業対象者・要支援2 1月につき 176 単位
若年性認知症利用者受入加算 1月につき 240 単位	サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 事業対象者・要支援1 1月につき 72 単位 事業対象者・要支援2 1月につき 144 単位
栄養改善加算 1月につき 200 単位	サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 事業対象者・要支援1 1月につき 24 単位 事業対象者・要支援2 1月につき 48 単位
口腔機能向上加算（Ⅰ） 1月につき 150 単位	介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 1月につき 所定単位×59/1000
口腔機能向上加算（Ⅱ） 1月につき 160 単位	介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 1月につき 所定単位×43/1000
一体的サービス提供加算 1月につき 480 単位	介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 1月につき 所定単位×23/1000
生活機能向上連携加算（Ⅰ） 1月につき 100 単位	介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 1月につき 所定単位×12/1000
生活機能向上連携加算（Ⅱ） 1月につき 200 単位	介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） 1月につき 所定単位×10/1000
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 1回につき 20 単位	介護職員等ベースアップ等支援加算 1月につき 所定単位×11/1000
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 1回につき 5 単位	
科学的介護推進体制加算 1月につき 40 単位	
事業所が送迎を行わない場合片道につき -47 単位	

※介護報酬は上記単位数に各種加算を加え、地域単価（10.00円）を乗じた金額です。利用者負担額は、介護報酬のうち、介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた金額となり、1円未満の端数処理の関係上、1円単位の誤差が生じる場合があります。

※上記に記載する加算全てを取得しているものではありません。今後取得する可能性があるものとして表記。

※上記料金は厚生労働大臣が定める基準によるものであり、厚生労働大臣が定める基準が変更された場合はそれに準ずる。

※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、変更を行う2か月前までにご説明します。

(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（食材費及び調理費相当分）

② 昼食 500円（食事時間 午後12時より）朝食 280円 夕食 550円

- ・当事業所では、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。
- ・上記以外のお食事については、別途、食材費及び調理費相当分を申し受けます。

③ レクリエーション、クラブ活動

ご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。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④ 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。

☆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、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時に、その都度お支払い下さい。

(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、通所介護相当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ください。

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. 苦情の受付について

(1) 当施設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）

[デイサービス主任] 和田 信一

所在地 有田郡広川町和田 18 介護福祉施設広川苑内

電話番号 0737-65-0555 F A X 0737-62-5235

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前9時から午後5時まで

(2) 行政機関その他苦情受付機関

広川町社会福祉協議会	所在地	有田郡広川町広 1500 保健福祉センター内
	電話番号	0737-64-0866 F A X 0737-63-2628
	受付時間	月曜日～金曜日 午前9時から午後5時まで

各市町村	広川町	保健福祉課	0737-23-7724
	湯浅町	福祉課	0737-64-1120
	有田川町	長寿支援課	0737-22-4502
	有田市	高齢介護課	0737-22-3538
和歌山県国民健康保険 団体連合会	介護サービス苦情相談窓口 電話番号 073-427-4662		

(3) 第三者委員

監事	福知子	電話番号	0737-63-1586
評議員	新田 恵朗	電話番号	0737-63-0539
評議員	樫原 清美	電話番号	0737-63-5671

7. 身体拘束について

介護サービスの提供にあたっては、ご利用者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、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。なお、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。

8. 事故発生時の対応について

(1) 事故発生時

①利用者への対応

- ・利用者が事故により、身体に障害を発生している場合、治療・生命維持のための可能な限りの応急処置をとります。

②利用者の家族への連絡

- ・説明は責任者が行い、すみやかに事実を伝えます。

③事故状況の把握

- ・事故の正確な把握をし、概要を出来るだけ迅速に、事故報告に記載します。
- ・報告書は簡潔かつ要点をまとめて記載し報告します。

④関係各機関への届け出報告

- ・事故の程度・状況に応じて関係機関へ報告します。

(2) 解決へ向けて

①利用者家族への対応

- ・施設として、事故原因等を調査し明確にした上で、適切な対応を図ります。

②責任問題については、利用契約書を参照し、迅速かつ誠実に対応します。

9. 高齢者虐待防止に関する事項

1. 事業所は、利用者の権利擁護・高齢者虐待の防止等のため次の措置を講じるものとする。

- (1) 従業者に対する高齢者虐待を防止するための研修の実施。
- (2) 利用者及びその家族からの高齢者虐待などに関する苦情処理体制の整備。
- (3) その他的高齢者虐待防止のために必要な措置。

2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所又は擁護者（利用者家族等高齢者又は現に養護する者）による高齢者虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

10. 事業継続計画の策定等について

1. 事業所は、感染症又は非常災害の発生時において利用者に対しサービス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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

- (1) 事業所は、職員等に対し、事業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) 事業所は、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。

1 1. 第三者評価の実施について

当事業所では、第三者評価を実施していません。

1 2. 感染症等について

- (1) 当事業所において感染症や食中毒（以下、感染症等とします）が発生しないよう、適切な感染症対策、衛生管理に努め、感染予防上、衛生上必要な措置を講じるものとします。また、利用者にも協力を求めます。
- (2) 感染症等の発生及びまん延を防止するため、必要に応じ保健所を始めとする行政機関と緊密に連携し、その求めに応じ対策を講じます。
- (3) サービスの利用中、利用者に感染症等の感染疑いが生じた場合は、他の利用者への感染や事業所内でのまん延を防止する観点からサービスを中止する場合があります。
- (4) 契約者及び利用者は、事業所内での感染症等のまん延防止に協力する観点から、発熱や咳などの体調不良時はもちろん、軽微な体調の変化であっても、すべてを申告して頂きます。
- (5) 利用者または職員、関係者に感染症等への感染が確認された場合、感染症等のまん延防止の為、やむを得ず事業所を休止する場合があります。
- (6) 上記の対策を講じた場合であっても、感染症等の発生を完全に防ぐことは出来ない事を利用者及び家族は承諾し、万が一、サービスの利用に起因する感染症等の感染があったとしても、当事業所に故意または重大な過失がある場合を除き、その責任を負いません。

1 3. 利用される時に必要なもの

利用される際には原則として下記のものが必要になります。

- ① 健康保険証 ②介護保険被保険者証 ③老人医療受給者証 ④負担割合証
- ⑤日用品 タオル、ブラシ、ビニール袋等
- ⑥衣類 衣類、肌着、下着類、靴下、季節により上に羽織るもの等
※オムツを使用されている方は替えのオムツをご用意下さい。
- ⑦診断書（当施設指定のもの）

令和 年 月 日

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。

社会福祉法人 和歌山ひまわり会

デイサービスセンター広川苑

和田 信一 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、通所介護相当サービスの提供開始に同意し、この交付を受けました。

(契約者様)

住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 (_____)

※ 契約者様が利用者様ご本人の場合は、以下の記入は不要です

(利用者)

住所 _____

氏名 _____