

高梁市社会福祉協議会

川上デイサービスセンター

# 重要事項説明書

## 重要事項説明書

### 通所介護、介護予防、日常生活支援総合事業第1号通所事業(総合事業デイサービス)

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

#### 1. 事業者概要

|             |                                        |
|-------------|----------------------------------------|
| 事業者名称       | 社会福祉法人 高梁市社会福祉協議会                      |
| 所在地         | 岡山県高梁市向町21番地3                          |
| 法人種別        | 社会福祉法人                                 |
| 代表者氏名       | 会長 森田 伸一                               |
| 電話番号及びFAX番号 | 電話番号0866 (22) 7243 FAX番号0866 (22) 0845 |

#### 2. 利用事業所の概要

|             |                                        |
|-------------|----------------------------------------|
| 事業所名称       | 高梁市社会福祉協議会川上デイサービスセンター                 |
| 所在地         | 岡山県高梁市川上町地頭2070番地1                     |
| 事業所の種類      | 通所介護事業・第1号通所事業（総合事業デイサービス）             |
| 指定年月日       | 通所介護 平成12年4月1日<br>総合事業デイサービス 平成30年4月1日 |
| 指定番号        | 33733200165                            |
| 管理者氏名       | 富彌 としこ                                 |
| 電話番号及びFAX番号 | 電話番号0866 (48) 9770 FAX番号0866 (48) 3004 |
| 事業の実施区域     | 高 梁 市                                  |

#### 3. 事業の目的と運営方針

|       |                                                                                                                                                         |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護又は要支援状態又は事業対象者にある利用者が、可能な限り居宅におい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、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、地域密着型通所介護サービス又は総合事業デイサービスを提供することを目的とします。     |
| 運営の方針 | 1. 地域密着型通所介護又は総合事業デイサービスは、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化を防止するため、又は要支援者状態の軽減や悪化防止、もしくは要介護状態になることの予防のため適切なサービス提供に努めます。<br>2. 事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い常にその改善を図るものとする。 |

#### 4. 職員体制

| 職 種              | 職員数      | 業 務 内 容                    |
|------------------|----------|----------------------------|
| 管 理 者            | 常勤 1 人   | 通所介護<br>総合事業デイサービスに関わる業務管理 |
| 生 活 相 談 員        | 常勤 1 人以上 | 生活相談及びサービス調整等              |
| 看護職員<br>兼機能訓練指導員 | 常勤 1 人以上 | 健康状態のチェック                  |
| 介 護 職 員          | 2 人以上    | 通所介護<br>総合事業デイサービスのサービスの提供 |
| 調 理 員            | 1 人以上    | 調理                         |
| 運 転 員            | 1 人以上    | 利用者の送迎                     |

#### 5. 営業日及び営業時間

|          |                                                                  |
|----------|------------------------------------------------------------------|
| 営 業 日    | 月曜日～金曜日<br>国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日<br>12月29日から1月3日までを除く |
| 営 業 時 間  | 8時30分から17時15分                                                    |
| サービス提供時間 | 10時00分から15時30分                                                   |

#### 6. 利用定員

利用定員は18名とします。

#### 7. サービスの内容

- (1) 送 迎 利用者の居宅まで送迎します。
- (2) 食 事 利用者の健康状態等を配慮した食事を提供します。
- (3) 入 浴 居宅サービス計画に基づき適切な方法で入浴の提供を行います。
- (4) 機能訓練 利用者が、日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するための訓練及び心身の活性化を図るためのサービスを提供します。
- (5) 生活相談 利用者及び家族の日常生活における介護等に関する相談・助言を行います。

#### 8. 利用料金自己負担額

あなたがサービスを利用した場合、お支払頂く利用料（利用者負担額）は、以下のとおりです。ただし介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。

☆ご契約者がまだ要介護認定及び要支援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。要介護認定及び要支援認定を受けた後、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、ご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。

## (1) 通所介護利用者負担金 (地域密着型)

| 所要時間                     | 3 時間以上 4 時間未満    |            |       |       | 4 時間以上 5 時間未満    |            |       |       | 5 時間以上 6 時間未満 |            |       |       |
|--------------------------|------------------|------------|-------|-------|------------------|------------|-------|-------|---------------|------------|-------|-------|
|                          | 基本<br>利用料<br>(円) | 利用者負担額 (円) |       |       | 基本<br>利用料<br>(円) | 利用者負担額 (円) |       |       | 基本<br>利用料     | 利用者負担額 (円) |       |       |
|                          |                  | 1 割        | 2 割   | 3 割   |                  | 1 割        | 2 割   | 3 割   |               | 1 割        | 2 割   | 3 割   |
| 要介護 1                    | 4,160            | 416        | 832   | 1,248 | 4,360            | 436        | 872   | 1,308 | 6,570         | 657        | 1,314 | 1,971 |
| 要介護 2                    | 4,780            | 478        | 956   | 1,434 | 5,010            | 501        | 1,002 | 1,503 | 7,760         | 776        | 1,552 | 2,328 |
| 要介護 3                    | 5,400            | 540        | 1,080 | 1,620 | 5,660            | 566        | 1,132 | 1,698 | 8,960         | 896        | 1,792 | 2,688 |
| 要介護 4                    | 6,000            | 600        | 1,200 | 1,800 | 6,290            | 629        | 1,258 | 1,887 | 10,130        | 1,013      | 2,026 | 3,039 |
| 要介護 5                    | 6,630            | 663        | 1,326 | 1,989 | 6,950            | 695        | 1,390 | 2,085 | 11,340        | 1,134      | 2,268 | 3,402 |
| 入浴 (1 日に付)               | 400              | 40         | 80    | 120   | 400              | 40         | 80    | 120   | 400           | 40         | 80    | 120   |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) (1 回に付) | 60               | 6          | 12    | 18    | 60               | 6          | 12    | 18    | 60            | 6          | 12    | 18    |

\* 介護職員等処遇改善加算Ⅳ 全ての利用者負担額に 6.4%が加算されます。

## (2) 総合事業デイサービスの利用料 基本料金 (月単位の定額です) (円)

| 利用者の介護度 | 基本利用料 (円)          |                             | 利用者負担金 (円)    |       |        |                          |     |     |
|---------|--------------------|-----------------------------|---------------|-------|--------|--------------------------|-----|-----|
|         | 介護保険<br>給付額<br>(円) | サービス提供<br>体制強化加算<br>(Ⅲ) (円) | 利用者負担額<br>(円) |       |        | サービス提供体制<br>強化加算 (Ⅲ) (円) |     |     |
|         |                    |                             | 1 割           | 2 割   | 3 割    | 1 割                      | 2 割 | 3 割 |
| 事業対象者   | 17,980             | 240                         | 1,798         | 3,596 | 5,394  | 24                       | 48  | 72  |
| 要支援 1   | 17,980             | 240                         | 1,798         | 3,596 | 5,394  | 24                       | 48  | 72  |
| 要支援 2   | 36,210             | 480                         | 3,621         | 7,242 | 10,863 | 48                       | 96  | 144 |

(注 1) 上記 (1) の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、(2) にあつては高梁市が定める額とし、介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。これが改定された場合はこれら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注 2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、越えた金額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

\* 介護職員等処遇改善加算Ⅳ 全ての利用者負担額に 6.4%が加算されます。

\* 介護保険給付対象外利用料

- ・ 食費 1 食 650 円
- ・ おやつ代 実費
- ・ おむつ代 実費
- ・ おやつ代、レクリエーション材料代 実費
- ・ その他の実費

### ※利用者負担額減免措置

社会福祉法人等による「利用者負担軽減確認証」を提示された場合は、利用者負担を10%(1割)から7.5%に軽減します。〔※高齢福祉年金受給者及び同相当者は5%〕

## 9. 支払い方法

ご利用当月の利用料金を、1ヶ月ごとに計算し利用明細を添えて通知し請求しますので、ご利用日の翌月末までに、現金又は口座振替にてお支払いください。お支払いを確認しましたら領収書を発行いたします。

## 10. 利用の中止・変更等

利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止、変更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17時15分までに事業所に申し出てください。

### 11. サービスの終了

- (1) 利用者が施設へ入所又は死亡した場合
- (2) 利用者の要介護認定区分が、自立（非該当）と認定されたとき
- (3) 事業者が解散命令を受けた場合、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) 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
- (5) 契約書第10条から第12条に基づき本契約が解約又は解除された場合

### 12. 苦情受付及び苦情解決の体制

- (1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談窓口

|         |                     |                                                                                          |
|---------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 相 談 窓 口 | 面接場所<br>所在地<br>連絡先  | 高梁市社会福祉協議会川上デイサービスセンター<br>高梁市川上町地頭2070番地1<br>電話番号 0866 (48) 9770<br>FAX番号 0866 (48) 3004 |
|         | 面接場所<br>所在地<br>電話番号 | 高梁市社会福祉協議会 介護保険課<br>高梁市向町21番地3<br>0866 (22) 7244                                         |
|         | 受付時間                | 平日 8時30分～17時15分<br>国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日、12月29日から1月3日までは除く                    |

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                          |                     |                                                                 |
|--------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 高梁市役所<br>健康福祉部<br>高齢者支援課 | 所在地<br>電話番号<br>受付時間 | 高梁市松原通2043番地<br>0866 (21) 0299<br>平日 8時30分～17時15分               |
| 岡山県<br>国民健康保険<br>団体連合会   | 所在地<br>電話番号<br>受付時間 | 岡山市北区桑田町17番地5号（介護サービス苦情処理）<br>086 (223) 8811<br>平日 8時30分～17時00分 |

### 1 3. 緊急時の対応方法

利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。また、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の連絡先へ速やかに連絡いたします。

|           |         |  |
|-----------|---------|--|
| 利用者の主治医   | 氏 名     |  |
|           | 医療機関の名称 |  |
|           | 所 在 地   |  |
|           | 電 話 番 号 |  |
| 緊 急 連 絡 先 | 氏 名     |  |
|           | 住 所     |  |
|           | 電 話 番 号 |  |
|           | 昼間の連絡先  |  |
| 緊 急 連 絡 先 | 氏 名     |  |
|           | 住 所     |  |
|           | 電 話 番 号 |  |
|           | 昼間の連絡先  |  |

### 1 4. 事故発生時の対応

- (1) 利用者にサービス提供中、事故が発生した場合は、保険者(市町村)、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者と連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また事故状況及び事故に際して取った処置について記録します。
- (2) 利用者にサービス提供中、事故が発生し、事業所側に法律上の賠償責任が生じた場合、事業者の加入する補償制度等により適切な対応をいたします。

## 1 5. 秘密保持と個人情報保護

- (1) 事業者及び事業者の使用する者は、職務上知り得た利用者及びその家族の秘密を他に漏洩せず、また、利用契約終了後または従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持します。
- (2) 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者及びその家族の個人情報を用いません。事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、又処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- (3) 同意を得た場合は、次の利用目的の範囲内で使用することとします。

介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的

### ① 介護関係事業者の内部での利用に係る事例

- ・ 事業者が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務

介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、入退所等の管理、会計・経理、事故等の報告、利用者の介護サービスの向上

### ② 情報提供を伴う事例

- ・ 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答、その他の業務委託、家族等への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち、審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

### ③ 介護関係事業者の内部での利用に係る事例（上記以外の利用目的）

- ・ 介護関係事業所の管理運営業務のうち、介護サービスや維持、改善のための基礎資料、介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

## 1 6. 虐待防止について

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるよう努めるものとします。
  - ①虐待防止のための対策を検討する委員会（オンライン会議等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
  - ②事業所における虐待防止のための指針を整備する。
  - ③従業者に対し、虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
  - ④前3号の措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (2) 事業所はサービス提供中に、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、これを保険者である市町村に通報するものとします。

重要事項説明書の説明年月日

年 月 日

通所介護、総合事業デイサービスのサービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者所在地 岡山県高梁市向町21番地3  
法人名 社会福祉法人 高梁市社会福祉協議会  
代表者 会長 森田 伸一  
事業所 高梁市社会福祉協議会川上デイサービスセンター

説明者 \_\_\_\_\_ ㊞

私は、上記内容の説明を事業者から確かに受け同意しました。

また、個人情報保護法に基づき、サービス担当者間で共通の目標の下でサービスの提供が適切に行われるために、主治医、他の居宅サービス事業者並びに居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者、又は施設サービス事業者、及び計画上位置づけられたサービスを行うボランティア等の保険給付対象外のサービス事業者等が、通所介護サービス計画の内容について情報提供を求めている場合は、事業者から主治医、他のサービス提供事業者等に、通所介護サービス計画並びに私（利用者）及び家族の状況についての情報を提供することを同意します。

利用者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

署名代行人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞(利用者との関係 \_\_\_\_\_)

署名代行の理由 \_\_\_\_\_

家族代表

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞(利用者との関係 \_\_\_\_\_)