「指定通所介護サービス」重要事項説明書

目　次

１．サービスの相談窓口・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１
２．デイサービスセンター東山の概要・・・・・・Ｐ１
３．サービスの内容・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ２
４．利用料金・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ３
５．サービスの利用方法・・・・・・・・・・・・Ｐ４
６．当センターのデイサービスの特徴・・・・・・Ｐ４
７．虐待防止・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ５
８．身体拘束等について・・・・・・・・・・・・Ｐ５
９．業務継続計画の策定について・・・・・・・・Ｐ５
10．地域との連携について・・・・・・・・・・・Ｐ５
11．衛生管理等について・・・・・・・・・・・・Ｐ６
12．職場におけるハラスメントの防止について・・Ｐ６
13．守秘義務（秘密の保持）・・・・・・・・・・Ｐ６
14．緊急時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ６
15．事故発生時の対応・・・・・・・・・・・・・Ｐ７
16．非常災害対策・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ７
17．損害賠償・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ７
18．サービスに関する苦情・・・・・・・・・・・Ｐ７
19．法人の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ８

社会福祉法人 一関市社会福祉協議会

デイサービスセンター東山

指定通所介護重要事項説明書

１．当センターが提供するサービスについての相談窓口

デイサービスセンター東山　　電話番号　0191-47-3238

担当者　吉田　美佳

※　ご不明な点は、何でもお尋ねください。

２．当センターの概要

（１）提供できるサービスの種類と地域

名　　称	デイサービスセンター東山
所　在　地	岩手県一関市東山町長坂字西本町 139 番地 1
介護保険指定番号	０３７２７００２４５
サービスを提供する対象地域	一関市内にお住まいの方 （※一関市外の方でもご希望の方はご相談ください。）

（２）センターの職員体制

	資　格　等	常　勤	非常勤	計	職務の内容
管 理 者	介護福祉士 社会福祉主事	１名		１名	職員の管理及び業務の一元的管理
生活相談員	介護福祉士 社会福祉主事	３名	１名	４名	利用者の申込に係る調整、相談、助言及び技術指導
看護職員	看護師 准看護師	２名	３名	５名	利用者の健康状態を的確に把握、各種サービスを利用するための必要な処置
介護職員	介護福祉士 ヘルパー2 級等	５名	４名	９名	入浴、食事、送迎を必要とする利用者への支援介助
機能訓練 指 導 員	看護師 准看護師	２名	３名	５名	機能の減退を防止するための訓練指導、助言
運転手	運転免許		３名	３名	運転業務
調理員	調理師等	１名	２名	３名	食事の提供
事務職員			１名	１名	必要な事務

（3）営業日および営業時間

○　営業日　　月曜日から土曜日まで（日曜日、12 月 29 日から翌年１月３日まで及びその他事業所が別に定める日を休日とします。）

○　営業時間　午前８時 30 分から午後５時 15 分まで

（4）利用定員

○　１日 29 人

（5）当センターの設備概要

区　分	面　積	区　分	面　積
厨　房	36.47 ㎡	脱衣室・洗濯室	27.40 ㎡
食　品　庫	29.14 ㎡	浴　室	29.63 ㎡
食　堂 日常動作訓練室	207.64 ㎡	資　料　室	10.02 ㎡
事務カウンター	18.09 ㎡	機 能 回 復 室	18.84 ㎡
養　護　室	12.00 ㎡	送　迎　車	５台
男 子 ・ 女 子 多 目 的 便 所	32.09 ㎡		

３．サービス内容

（1）身体の介護に関すること

○　日常生活動作の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。

（2）入浴に関すること

○　家庭において入浴をすることが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。

（3）食事に関すること

○　給食を希望する利用者に対して、必要な食事サービスを提供します。

（4）日常生活に必要な機能訓練等に関すること

○　利用者が生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるような生活援助（支援）や家庭での日常生活に必要な基礎的なサービス（訓練）及び機能低下を防ぐため必要な訓練を行います。また、利用者の　身体的、精神的な疲労回復と気分転換が図れるよう各種サービスを提供します。レクリエーション、グループワーク、行動的活動、体操、機能訓練、休養（養護）等を行っております。

（5）送迎に関すること

○　障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者については必要な支援、サービスを提供します。

（6）相談・助言に関すること

○　利用者及びその家族の日常生活における身上、介護等に関する相談及び助言を行います。

４．利用料金

（１） 利用料金（基本料金）は、下記のとおりです。介護保険適用の場合の自己負担は、原則として負担割合証に記載のとおり基本料金の１割、２割または３割です。但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。

①通所介護利用料

※基本時間は６時間以上７時間未満となります。

サービスの名　称	利用対象者	基本料金	利用者負担		
			１割	２割	３割
通所介護	要介護１	5,840 円	584 円	1,168 円	1,752 円
	要介護２	6,890 円	689 円	1,378 円	2,067 円
	要介護３	7,960 円	796 円	1,592 円	2,388 円
	要介護４	9,010 円	901 円	1,802 円	2,703 円
	要介護５	10,080 円	1,008 円	2,016 円	3,024 円

②入浴介助体制加算　１回あたり 400 円（介護保険適用の場合の自己負担 40 円）

③口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）200 円（介護保険適応の場合の自己負担 20 円）

※6 ヶ月に１回です。利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態かつ栄養状態について確認を行い、その情報を担当ケアマネジャーへ提供。口腔状態の低下リスクがある場合、また低栄養状態の場合は、それら改善に必要な情報を含みます。

④科学的介護推進体制加算　400 円（介護保険適応の場合の１ヶ月自己負担 40 円）

利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身に係る基本的な情報を厚生労働省に提供し、必要に応じてサービスの通所介護計画を見直すなど、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用します。

⑤サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

当事業所では、下記の体制を取っているため、上表金額に１回あたり 220 円（介護保険適用の場合 22 円）加算しています。

・介護職員のうち介護福祉士有資格者が 70%以上配置

・運営基準の遵守

⑥介護職員等処遇改善加算Ⅴ８

当事業所では、介護人材の確保とサービスの質の向上を目的とし１月あたりの所定単位に 1,000 分の 69(6.9%)を乗じた額が加算されます。

（２）交通費は、事業者が送迎を行わない場合、片道につき 470 円（介護保険適用の場合の自己負担 47 円）を減算します。

（３）利用者の希望により、介護報酬設定上通常の利用時間とされる時間を超えてサービスを提供する場合は、30 分を超えるごとに、450 円をご負担いただきます。

（４）通所介護にかかる食費については、１食 650 円をご負担いただきます。

（５）通所介護にかかる介護用品代については、実費を徴収します

（６）その他趣味活動等にかかる諸経費については、自己負担となります。

（７）支払方法

○　原則として、毎月 15 日までに前月分の請求をいたしますので、30 日以内にお支払ください。お支払方法は、口座振替等でお願いします。

５．サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

① 「通所サービス」を利用するためには、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成することが必要となります。居宅サービス計画の作成は居宅介護支援事業者に依頼し、専門家（介護支援専門員）に作成してもらいます。

② デイサービスの利用申し込みを受けた後、当事業所の職員がお伺いし、通所介護（デイサービス）契約を結び、サービスの提供を開始します。

（２）サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合サービス終了を希望する日の１週間前までに文書又は電話でお申し出下さい。

② 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了１ヵ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

○ 利用者が介護保険施設に入所した場合

○ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と判定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

○ 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

○ 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

○ 利用者が、サービス利用料金の支払いを１ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず３０日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは３ヵ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族等が当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

６．当センターのデイサービスの特徴等

（１）運営方針

○ 要介護状態の高齢者等に対し、心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに機能訓練等の介護その他必要な援助を行うことを目的としております。

（２）サービス利用にあたっての留意事項

○ 利用者はサービスの利用にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を当センターに連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意するものとする。

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及び担当者を選定します。

虐待防止等責任者	所　　長　　吉田　美佳
虐待防止等担当者	所長補佐　　伊藤　千春

（２） 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

（３） 虐待防止等委員会を設置し虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証・再発防止策の検討等を行います。

（４） サービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者等を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

８．身体拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。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、以下の①～③の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5 年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

① 切迫性･･･直ちに身体的拘束等を行わなければ、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。

② 非代替性･･･身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。

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れば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

９．業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護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、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

（１） 事業者は従業者に対し、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に実施します。

（２） 事業者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います。

10．地域との連携

事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等と連携及び協力を行う等の地域との交流に努めます。

11. 衛生管理等について

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、次に掲げる措置を講じます。

（1）感染対策等に関する責任者及び担当者を選定します。

感染対策責任者	所　　長　吉田　美佳
感染対策担当者	所長補佐　伊藤　千春

（2） 利用者の利用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

（3） 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

（4） 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ます。

（5） 事業所において、従業者に対し、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。

12. 職場におけるハラスメントの防止について

事業者は、適切な指定通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動があって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化等の必要な措置を講じます。

13. 守秘義務（秘密の保持）

従業者が業務上知り得た利用者及びご家族の個人情報は、正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、個人情報の使用提供は、サービス担当者会議、医師等との連絡会議など最小限とし、用いる場合は同意書で確認をとります。なお、守秘義務は従業者が退職後及び契約終了後も同様です。

14. 緊急時の対応方法

サービス提供中に状態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、家族、救急隊、主治医、居宅介護支援事業者等へ連絡して、速やかに必要な措置を講じます。

【緊急時連絡先】

連絡先	氏名・機関名	電話番号	備　　考
主治医			
ご家族			
事業所			

15. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、家族及び居宅介護支援事業者等に連絡をする等の必要な措置を講じます。

16. 非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防法施行規則に規定する消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

17. 損害賠償

当センターのサービスに起因する賠償すべき事故が発生した場合は、所定の手続きの上損害賠償いたします。

18. 苦情等の受付について

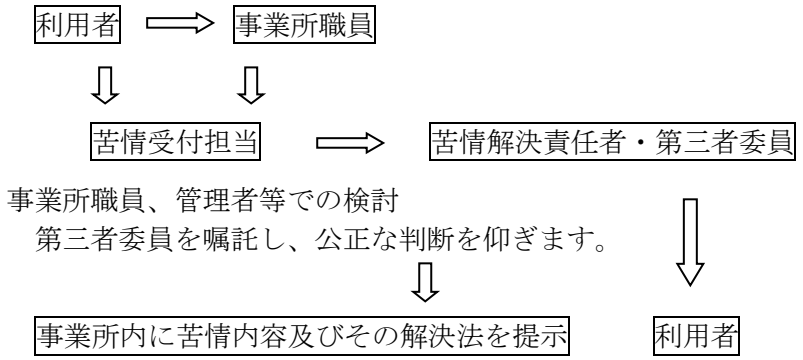
（1）本事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

サービスに対する苦情や意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

相談及び苦情を円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は下記の通りとします。

・苦情等受付書
・苦情等受付報告書
・苦情等の処理結果書

苦情等処理規程に基づき解決にあたります。



【通所介護サービス提供事業者相談・苦情窓口】

法令順守責任者	社会福祉法人 一関市社会福祉協議会	事　務 局　長	岩本　孝彦
事業者窓口担当	デイサービスセンター東山	所　長	吉田　美佳
相談受付時間	午前8時30分～午後5時15分		
電　話　番　号	０１９１－４７－３２３８ 社会福祉法人 一関市社会福祉協議会東山支部内		
ＦＡＸ　番　号	０１９１－４７－３２３６		

※当事業所は、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

【事業所以外の相談・苦情受付窓口】

市町村（保険者）窓口	一関地区広域行政組合　介護保険課 〒021-8501　　一関市竹山町 7－2 電話　0191－31－3223
	一関市役所東山支所市民福祉課 〒029-0302　一関市東山町長坂字西本町 105－1 電話　0191－47－4530
公的団体窓口	岩手県国民健康保険団体連合会 （苦情処理委員会） 〒020-0025　盛岡市大沢川原 3 丁目 7 番 30 号 電話　019－604-6700
法人の苦情窓口	社会福祉法人　一関市社会福祉協議会 介護事業課 〒021-0877　一関市城内 1 番 36 号 電話　0191－23－6020 【第三者委員】 菅原良男 千葉　岩 黄海千鶴子

19. 法人の概要

○名称・法人種別　　社会福祉法人 一関市社会福祉協議会
○代表者役職・氏名　　会　長　　畠山　博
○本部所在地・電話番号　　岩手県一関市城内 1 番 36 号
0191－23－6020

○定款の目的に定めた事業

（1）社会福祉を目的とする事業の企画及び実施
（2）社会福祉に関する活動への住民の参加のための援助
（3）社会福祉を目的とする事業に関する調査、普及、宣伝、連絡調整及び助成
（4）（1）から（3）のほか、社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図るために必要な事業
（5）保健医療、教育その他の社会福祉と関連する事業との連絡
（6）共同募金事業への協力
（7）ボランティア活動の振興
（8）福祉サービス利用援助事業
（9）生活福祉資金の貸付事業
(10) たすけあい金庫の貸付事業

(11) 心配ごと相談事業
(12) 一般相談支援事業の経営（基本相談支援・地域移行支援・地域定着支援）
(13) 特定相談支援事業・障害児相談支援事業の経営
(14) 障害福祉サービス事業の経営
(15) 日常生活自立支援事業
(16) 生活困窮者自立支援事業
(17) 子育て自立支援事業
(18) 老人居宅介護等事業の経営
(19) 老人デイサービス事業の経営
(20) 在宅介護支援センター事業の経営
(21) 移動支援事業の経営
(22) 地域包括支援センター事業の経営
(23) 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業の経営
(24) その他この法人の目的達成のため必要な事業

公益事業

社会福祉事業法第 26 条の規定により、次の公益事業を行います。

（１）居宅介護支援事業の経営
（２）訪問入浴介護事業の経営
（３）花泉総合福祉センターの経営
（４）千厩農村勤労福祉センターの経営
（５）川崎農村環境改善センターの経営

――――――――――――――契約をする場合は以下の確認をすること――――――――――――――

指定通所介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事業者　　所在地　岩手県一関市東山町長坂字西本町 139 番地 1
名　称　デイサービスセンター東山

説明者　氏　名　　㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護サービスについての重要事項の説明を受けサービス提供の開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

利用者

住　所

氏　名　　㊞

（代理人）

住　所

氏　名　　㊞