# 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」、「西之表市通所介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成27年告示第44号）」の規定に基づき、指定通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス（以下、「指定通所介護等」といいます。）提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

## 1　指定通所介護等を提供する事業者について

| | |
|---|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人　西之表市社会福祉協議会 |
| 代表者氏名 | 会長　種子島　秀洲 |
| 本社所在地<br>（連絡先及び電話番号等） | 鹿児島県西之表市桜が丘７７７９番地９４（市老人福祉センター内）<br>電話：0997-22-0506　ﾌｧｯｸｽ：0997-22-0757 |
| 法人設立年月日 | 昭和４４年１月１６日 |

## 2　利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|---|---|
| 事業所名称 | 社会福祉法人　西之表市社会福祉協議会<br>「生きいきデイサービスセンター」 |
| 介護保険指定事業者番号 | 鹿児島県指定　第４６７１３００３２７号 |
| 事業所所在地 | 鹿児島県西之表市桜が丘７７７９番地９４（市老人福祉センター内） |
| 連絡先<br>相談担当者名 | 電話：0997-22-0506　ﾌｧｯｸｽ：0997-22-0757<br>相談担当者）生活相談員：岩　元　里　美 |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | 西之表市内 |
| 利用定員 | ２５人 |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、適切な指定通所介護等を提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | (1)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、必要な日常生活上の支援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及び回復を図ることに努める。<br>(2)利用者の社会的孤独感の解消や生活機能の維持及び向上並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることに努める。<br>(3)事業の実施に当たっては、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉のサービス提供機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|---|---|
| 営　　業　　日 | 月曜日から金曜日（１２月２９日～１月３日までを除く） |
| 営　業　時　間 | 午前８時３０分から午後５時 |

(4) サービス提供時間

| | |
|---|---|
| サービス提供日 | 月曜日から金曜日（１２月２９日～１月３日までを除く） |
| サービス提供時間 | 午前１０時から午後３時３０分 |

(5) 事業所の職員体制

| | |
|---|---|
| 管理者 | （氏名）横　山　　司 |

| 職 | 職　務　内　容 | 人員数 |
|---|---|---|
| 管理者 | 1　従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。<br>2　従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。<br>3　利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。<br>4　利用者へ通所介護計画を交付します。<br>5　指定通所介護等の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。 | 常　勤　１名<br>（兼務） |
| 生活相談員 | 1　利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。<br>2　それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 | ２名以上 |
| 看護師・<br>准看護師<br>（看護職員） | 1　サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。<br>2　利用者の静養のための必要な措置を行います。<br>3　利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。 | ２名以上 |
| 介護職員 | 1　通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 | ３名以上 |
| 機能訓練<br>指導員 | 1　通所介護計画に基づき、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、機能訓練を行います。 | 常　勤　１名<br>（看護職員と兼務） |

3　提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | | サ　ー　ビ　ス　の　内　容 |
|---|---|---|
| 通所介護計画の作成 | | 1　利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。<br>2　通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。<br>3　通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します<br>4　それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 |
| 利用者居宅への送迎 | | 事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 |
| 日常生活上の世話 | 食事の提供及び介助 | 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 |
| | 入浴の提供及び介助 | 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。 |
| | 排せつ介助 | 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。 |
| | 更衣介助 | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。 |
| | 移動･移乗介助 | 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。 |
| | 服薬介助 | 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。 |
| 機能訓練 | 日常生活動作を通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。 |
| | レクリエーションを通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。 |

(2) 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

利用者負担額については利用料の１割、２割又は３割（負担割合については、保険者から交付される「介護保険負担割合証」に準じます。）をご負担いただきます。

①介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス利用料（利用者負担額１割の場合）

| 区　分 | 利用料 | 利用者負担額 |
|---|---|---|
| ①通所型独自サービス（事業対象者・要支援１） | 17,980円（１月当たり） | 1,798円（　〃　） |
| ②通所型独自サービス（事業対象者・要支援２） | 36,210円（１月当たり） | 3,621円（　〃　） |
| ③通所型独自サービス（要支援２：週１回計画） | 4,470円（１回当たり） | 447円（　〃　） |

※①②１週当たりの標準的な回数を定める。（月５回、月９回も可）

②通所介護サービス利用料（利用者負担額１割の場合）

| サービス提供時間数 | | 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 利用料（1日当り） | 利用者負担額（1日当り） | 利用料（1日当り） | 利用者負担額（1日当り） | 利用料（1日当り） | 利用者負担額（1日当り） |
| 基本単位 | | | | | | | |
| 要介護1 | 通常規模事業所 | 3,700円 | 370円 | 3,880円 | 388円 | 5,700円 | 570円 |
| 要介護2 | 通常規模事業所 | 4,230円 | 423円 | 4,440円 | 444円 | 6,730円 | 673円 |
| 要介護3 | 通常規模事業所 | 4,790円 | 479円 | 5,020円 | 502円 | 7,770円 | 777円 |
| 要介護4 | 通常規模事業所 | 5,330円 | 533円 | 5,600円 | 560円 | 8,800円 | 880円 |
| 要介護5 | 通常規模事業所 | 5,880円 | 588円 | 6,170円 | 617円 | 9,840円 | 984円 |

| 加算及び減算 | 利用料 | 利用者負担額 | 算定回数等 |
|---|---|---|---|
| 入浴介助加算 | 400円 | 40円 | 入浴介助を実施した日数（通所型独自サービスの方は無し） |
| サービス提供体制強化加算 | 240円 | 24円 | １月当たり（通所型独自サービス：事業対象者・要支援１の方） |
| | 480円 | 48円 | １月当たり（通所型独自サービス：事業対象者・要支援２の方） |
| | 60円 | 6円 | １回当たり（要介護1～5の方） |
| 介護職員等処遇改善加算 | 介護保険利用料１か月分の8.0%の１割 | | |
| 送迎を行わない場合の減算 | 470円 | 47円 | 片道につき |

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行ないます。

※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2 時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70／100 となります。

※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4　その他の費用について

| | |
|---|---|
| ① 食事の提供に要する費用 | ５５０円（1 日当り）<br>※お弁当を持参することも可能です。 |
| ② 散髪代 | 実費（サービス提供時間には含まれません。） |

5　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

| | |
|---|---|
| ① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等 | ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。<br>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに利用者あてお届け（郵送）します。 |
| ② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | ア 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。<br>(ア)事業者指定口座への振り込み<br>鹿児島銀行種子島支店　普通　№.５０３０７１<br>（福）西之表市社会福祉協議会　会長　種子島　秀洲<br>(イ)現金支払い<br>(ウ)口座振替（ゆうちょ銀行以外の金融機関）<br>毎月 25 日（金融機関が休業の場合には翌営業日）<br>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。) |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から３ケ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 30 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお

支払いいただくことがあります。

6　サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護及び要支援認定（以下、「要介護認定」といいます。）の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

(2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします

(4) サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます

(5) 通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。

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を選定しています。

| | |
|---|---|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者：横　山　　司 |

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 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ています。

8　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、次に掲げることに留意して、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。

9　秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|---|---|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | ① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。<br>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。<br>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。<br>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| ② 個人情報の保護について | ① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。<br>② 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（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。<br>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。） |

10　緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

11　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損

害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | | |
|---|---|---|
| 保険会社名 | 団体契約者 | 社会福祉法人全国社会福祉協議会 |
| | 引受幹事保険会社 | 損害保険ジャパン日本興亜保険株式会社 |
| 保険名 | 社協の保険 | |
| 補償の概要 | 死亡・後遺障害保険金 | 1,000 万円 |
| | 入院保険金日額 | 8,000 円 |
| | 通院保険金日額 | 5,000 円 |
| | 法律上の賠償責任を問われた場合 | 対人・対物・人格侵害賠償　1 億円 |
| | | 個人情報漏えい対応補償　5,000 万円 |

12　心身の状況の把握

指定通所介護等の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

13　居宅介護支援事業者等との連携

① 指定通所介護等の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

14　サービス提供の記録

① 指定通所介護等の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から５年間保存します。

② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15　非常災害対策

① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：事務局長　横　山　　司

② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年２回　　５月・１１月）

16　衛生管理等

① 指定通所介護等の用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。

② 事業所において感染症の発生又はまん延しないように必要な措置を講じます。
③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、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。

17　サービス提供に関する相談、苦情について

(1)　苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定通所介護等に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

ィ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

○ 利用者からの相談・苦情の受付
○ 相談・苦情について利用者の意向等の確認と記録
○ 相談・苦情内容及びその改善状況等を責任者並びに第三者委員へ報告

(2)　苦情申立の窓口

| | |
|---|---|
| 【事業者の窓口】<br>社会福祉法人<br>西之表市社会福祉協議会 | 所 在 地　西之表市桜が丘 7779 番地 94<br>電話番号　0997-22-0506　ﾌｧｯｸｽ番号　22-0757<br>受付時間　毎週月～金曜日　8：30～17：00 |
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>西之表市高齢者支援課 | 所 在 地　西之表市西之表 7612 番地<br>電話番号　0997-22-1111<br>受付時間　毎週月～金曜日　8：30～17：00 |
| 【公的団体の窓口】<br>鹿児島県国民健康保険団体連合会 | 所 在 地　鹿児島市鴨池新町 7 番 4 号<br>電話番号　099-213-5122<br>受付時間　随時 |

18　第三者評価の実施状況　　無し

19　重要事項説明・交付の年月日

| | |
|---|---|
| この重要事項説明書の説明・交付年月日 | 令和　年　月　日 |

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号)」、「西之表市通所介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 27 年告示第 44 号)」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

| | | |
|---|---|---|
| 事業者 | 所　在　地 | 西之表市桜が丘７７７９番地９４ |
| | 法　人　名 | 社会福祉法人　西之表市社会福祉協議会 |
| | 代 表 者 名 | 会　長　　種子島　秀　洲　　印 |
| | 事 業 所 名 | 社会福祉法人　西之表市社会福祉協議会<br>「生きいきデイサービスセンター」 |
| | 説 明 者 氏 名 | 岩　元　里　美　　印 |

上記内容の説明・交付を事業者から受け、指定通所介護等サービスの提供開始に同意しました。また、介護保険法に基づく契約書第１０条の守秘義務に関し、私のサービス提供のため必要であれば、サービス担当者会議及び関係機関等において、私及び家族の個人情報を契約の有効期間中に用いることに同意します。

| | | |
|---|---|---|
| 利用者 | 住　所 | 西之表市西之表 |
| | 氏　名 | 印 |

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

| | | |
|---|---|---|
| 利用者<br>家族代表 | 住　所 | |
| | 氏　名 | 印（続柄：　　） |