

# 地域密着型通所介護重要事項説明書

株式会社 心和が実施する地域密着型通所介護の適正な運営を確保する為、人員及び管理運営に関する事項を定める。

## 1 事項の目的及び運営の方針

- (目的) 要介護状態にあるもの(以下「利用者」という)に対し適当な地域密着型通所介護を提供することを目的とする。
- (方針) ① 地域密着型通所介護事業者は、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機能訓練その他必要な日常生活の援助を行い、地域密着型通所介護利用の質の向上及び、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減が図れるよう利用する側の立場に立った、地域密着型通所介護を提供する。
- ② 地域密着型通所介護を実施するにあたっては、居宅支援事業者、その他、保健医療サービスまたは、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

## 2 提供場所

名称 デイサービスセンター ひわきの郷  
所在地 〒895-1202 鹿児島県薩摩川内市樋脇町塔之原 2670-1  
電話番号 TEL 0996-37-3101 FAX 0996-37-3351

## 3 事業者の職種、人員及び職務内容

- 管理者 1名  
管理者は介護に携わる従業者の管理指導を行い利用者の利用申し込みに係る調整及び業務の実施状況の把握とその他の管理を一元的に行う。
- 生活相談員 (兼務を含む) 2名以上 (常勤1名以上)  
生活相談員は利用者の質の向上を図るため適切な相談、援助等を行う。
- 看護職員 (兼務を含む) 2名以上  
看護職員は各利用者の健康管理及び心身状態の把握を行う。
- 介護職員 (兼務を含む) 2名以上  
介護職員は入浴介助等の日常生活上必要な介護を行う。
- 機能訓練指導員(兼務を含む) 1名以上  
機能訓練指導員は日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。

## 4 定員、営業日及び営業時間

- 定員 1日18名を定員とする
- 営業日 月曜日～土曜日 年末年始を除く(12/30・13:10まで) (12/31～1/2)  
☆ 災害や突発的な事情で休む場合は、利用者各自に遅滞なく連絡を行う。  
☆ 利用者も休む場合は、当日8時30分までにデイサービスセンターひわきの郷に連絡してください。
- 営業時間 午前8時～午後5時00分まで
- サービス提供時間 午前9時～午後4時10分まで (7時間以上8時間未満)  
(但し、状況内容により変更が生じることもある)

## 5 通常の事業の実施地域

甕島を除く薩摩川内市の区域とする。

## 6 利用料金とサービス内容

通所介護を提供した場合の利用料の額は介護報酬の告示上の額とし当該通所介護を提供した場合の利用料の額が法定代理受領サービスであるときは介護報酬告示上の額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。(別表①) 「通常の事業の実施区域外の交通費は、(別表③)とする。」  
食費、おむつ代、電気料金その他については保険給付の対象外となり利用者から費用の額の支払いを受けるものとする。その際、利用者、家族に対し事前にその旨を説明する。(別表②、③)

通常サービス内容	9時00分	事業所到着 血圧、体温測定等 入浴 下肢：メドマー(エアードマッサージ)・足マッサージ・機能訓練 足湯・癒し系健康器具・筋力up健康器具・口腔体操
	12時00分	昼食 口腔ケア 午睡・個別機能訓練・リハビリ体操 趣味を生かした手工芸・レクリエーション・ゲーム・など
	16時10分	お送り

7 サービスの計画の作成及び記録

- ① 介護支援事業所のサービス計画書に沿った計画を作成しサービスを提供する。  
また、サービス計画の内容は利用者、家族等に説明し同意を貰う。
- ② 事業所は、地域密着通所介護における提供内容等を記録表に記入し、サービス実施記録として保管する。
- ③ 利用者は、事業所の営業時間内に事業所にて、当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧することができる。

8 事故発生時の対応

- ① 事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、当該利用者に関わる居宅支援事業者等に連絡する。
- ② 事故の状況及び事故に際して行った処置について記録する。
- ③ 利用者に対する地域密着通所介護サービス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。
- ④ 事故が生じた際にはその原因を解明し再発生を防ぐ為の対策を講じます。

緊急時の対応

利用者が、体調の急変、事故等が生じた場合、利用者の主治医に迅速に連絡対応し、医学的判断により他医療機関で受診が必用と認められた場合、協力医療機関に関し、担当医師と連携を取り対応する。  
又、利用者の家族にも遅滞なく連絡を行う。

( 協力医療機関 )

薩摩川内市 山下医院  
所在地 鹿児島県薩摩川内市向田町 995 番地 1  
TEL 0996-23-4355

さめしま歯科医院  
所在地 鹿児島県薩摩川内市樋脇町塔之原 846-3  
TEL 0996-37-3824

9 災害時における業務継続計画（以下 BCP）

本事業所は、自然災害、火災、感染症の蔓延、その他の緊急事態が発生した場合においても、利用者の安全と健康を最優先に考え、サービスの継続を図るための BCP を査定し、年に 1 回の訓練を実施する。  
また、BCP を必要に応じて改定するものとする。

10 非常災害対策

火災や非常災害等が発生した場合に備えて、防災計画書による年 2 回の避難訓練、研修会を行う。  
送迎中、交通事故等が発生した場合は、警察、消防署、診療所に連絡し指示を仰ぐ。

11 賠償責任

地域密着型通所介護の提供に伴って当会社の責に帰すべき事由により利用者が破った場合、当会社は利用者に対して損害を賠償するものとし、利用者の責に帰する事由により当会社が損害を被った場合、利用者及び家族に損害の賠償を請求するものとする。

12 苦情処理

事業者は利用者からのいかなる要望や苦情に迅速かつ適切に対応する為、窓口を設けるものとします。  
(別紙 1)

13 秘密の保持

従業者は業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密を保持するものとする。  
従業者契約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すべき旨を従業者との雇用契約の内容とする。

14 記録の整備

従業者・設備・備品及び会計に関する諸記録を整備する。また利用者に対する介護サービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から 5 年間保存する。

15 個人情報の保護

利用者の個人情報を含むサービス計画書各種記録等については関係法令等に基づき個人情報保護に努める。また個人情報の取り扱いに関する利用者からの苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとする。

## 16 虐待防止に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる処置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報するものとする。

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の対応を講ずるものとする。

- ・サービス提供中、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかに、これを市町村へ報告する。
- ・虐待防止のための研修や苦情処理体制の整備を講ずる。

### （記録の整備）

従業者・設備・備品及び会計に関する諸記録を整備する。また利用者に対する介護サービスの提供に関する記録を整備し、その完了の日から5年間保存する。

### （個人情報の保護）

利用者の個人情報を含むサービス計画書各種記録等については関係法令等に基づき個人情報保護に努める。また個人情報の取り扱いに関する利用者からの苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとする。

### （身体的拘束等）

当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急かつやむを得ない場合を除き、利用者の身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わない。緊急かつやむを得ず身体的拘束等を行う場合には、家族または本人の同意の下、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急かつやむを得ない理由を記録する。

## 17 利用にあたっての留意事項

利用者は、お互いを尊重しトラブル等が発生しないように心掛け、次のことをお守りください。

- ① 利用中は従業員の指示に従う。
- ② 利用中は、みだりに外出したり、許可なく自由行動をしない。
- ③ 他の利用者に、迷惑や嫌悪感を感じさせる行為をしない。
- ④ 施設内で飲酒、喫煙をしない。
- ⑤ 火災、災害時等の非常事態が発生した時は速やかに従業員の指示に従う。
- ⑥ 施設の備品等は大切に使用し、傷つけたり破損しない。破損した場合は、実費負担とする。
- ⑦ 利用者は、利用時間内に物品の売り買いをしない。
- ⑧ 利用時に、多額の金品や貴重品を持ってこない。
- ⑨ 利用を急な入院、旅行等で延期に渡り休まれる場合は、遅滞なく連絡する。
- ⑩ 食事制限のある方は、協力病院の栄養士の指導により食事、おやつの摂取をしてください。
- ⑪ 携帯電話等での利用者及び職員等の撮影は禁止とし、緊急連絡以外の使用は禁止とする。
- ⑫ 上記事項を厳守できない方は、ご利用を遠慮していただく場合もあります。

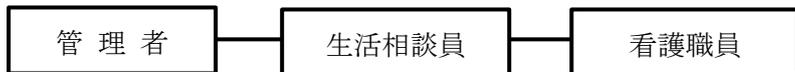
## 18 その他の留意事項

事業所は、従業者等の質的向上を図る為の研修の機会を定期的に設けるものとし、業務体制を整備する。

別紙①

相談・苦情解決体制

当事業者の相談・苦情解決体制は下記のようになっていますが、ご意見箱をご利用されるか、下記の者へ、お申し出ください。



上記以外でも、各市町村の介護保険担当窓口や、開く県の国保連の窓口でも受け付けています。

	国保連合会	高齢者生き生き推進課 (介護保険室)	薩摩川内市高齢介護福祉課
所在地	鹿児島市鴨池新町 7番4号	鹿児島市鴨池新町 10番1号	薩摩川内市神田町 3番22号
電話番号	099-206-1084	099-286-2694	0996-23-5111 (代表)
受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00	月曜日～金曜日 8:30～17:15	月曜日～金曜日 8:30～17:15
休 み	年末・年始・土・日・祝日	年末・年始・土・日・祝日	年末・年始・土・日・祝日

地域密着型通所介護費 (単位) 1割負担の場合 (負担額割合は1割・2割・3割)

別表①

利用時間 介護度	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
要介護度1	416	436	657
要介護度2	478	501	776
要介護度3	540	566	896
要介護度4	600	629	1013
要介護度5	663	695	1134

利用時間 介護度	6時間以上～7時間未満	7時間以上～8時間未満	
要介護度1	678	753	
要介護度2	801	890	
要介護度3	925	1032	
要介護度4	1049	1172	
要介護度5	1172	1312	

その他利用者が負担すべき費用実費相当額
入浴介助加算 I 40単位
口腔機能向上加算 (I 150単位) (月1～2回)
処遇改善加算IV ※介護職員の処遇改善を図る加算
科学的介護推進体制加算 (40単位) (1月につき)

2時間以上 3時間未満での利用状況により介護保険適用される。以下1割負担の場合(負担額割合は1割・2割・3割)

要介護1 保 (305)	要介護2 保 (351)	要介護3 保 (396)
要介護4 保 (440)	要介護5 保 (487)	

※介護職員の処遇改善を図る加算。

1割～3割の負担割合証に応じた額が利用者様の負担となる。

※利用者様が一月分の利用料金に各加算定義数を掛けた負担割合証に応じた額が利用者様負担となる。

※料金は上記のサービス提供票を参照

## 別表②

## 食事代その他

通常昼食費	(おやつ込み)	600 円
実費相当費	そうめん流し・その他行事食費、相場に応じ	600 円から

## 別表③

通常の事業の実施区域を越えて行う地域密着型通所介護予防・日常生活支援総合事業に、要した送迎の費用は利用者、家族の同意を得て実施区域境界から 1 km 毎事に 300 円増しの負担が発生する。

## 19 自己負担(10 割負担)による場合

## ①提供時間内の自己負担

ア) 日中利用 2 時間以上 8 時間未満の利用の場合は介護度に応じた介護保険料金の 10 割負担となる。

2 時間未満で都合により利用を中断する場合介護度に応じた介護保険料金 2 時間以上 3 時間未満単位数 2 分 1 の 10 割負担となる。(30 分は 10 割負担の 2 分 1 の負担)

イ) 提供時間 (7 時間以上～8 時間未満) を超える場合は毎時 30 分で 1000 円増しの自己負担額となる。

## ②自費送迎を行う場合

ア) 日中送迎 1 km 毎に 300 円増しとする。

イ) 夜間送迎 16:00～翌 9:00 まで、1 km 毎に 500 円増しとする。

## 2 時間以上 3 時間未満の利用

要介護 1 (自費) 305	要介護 2 (自費) 351	要介護 3 (自費) 396
要介護 4 (自費) 440	要介護 5 (自費) 487	

自己負担による金額の一覧表 「オムツの処分」を希望されない方は、お持ち帰りになります。

種類	金額	希望 する ・ しない	チェック
オムツの処分	日 / 100 円	希望 する ・ しない	
入浴用品	回 / 30 円	希望 する ・ しない	
洗濯物洗い	回 / 200 円	希望 する ・ しない	
コンセントが必要な機械類	機械に応じた金額 日 / 100 円～	希望 する ・ しない	
医療機械類	機械に応じた金額 日 / 100 円～	希望 する ・ しない	

## 重要事項説明及び個人情報提供に関わる同意・契約書

- 1 運営規定、重要事項説明により下記の者から説明を受け、地域密着型通所介護の実施について同意し、契約いたします。
- 2 私と、貴事業所との間の介護保険法に基づく契約書の秘密保持に関し、貴事業所が私のより良き介護の為私人、家族等の情報をサービス担当者会議等において、用いることに同意し契約いたします。

### 契 約 書 規 定

- 1 利用者による契約は、令和 年 月 日から介護認定の修了する日までとする。  
但し、介護認定が再認定され継続する時は、契約も継続するものとする。
- 2 突発的事情で利用が困難になった場合は、契約が破棄されたものとする。
- 3 当施設では第三者評価の実施は行われていない。

(サービス事業所名)	通所介護 デイサービスセンター ひわきの郷
住 所	〒895-1202 鹿児島県薩摩川内市樋脇町塔之原 2670 番地 1
電 話 番 号	0996-37-3101 FAX 番号 0996-37-3351
代 表 者 名	株式会社 心和
	代表取締役 牧之瀬たつ子

(重要事項説明者)	生活相談員 牧之瀬功奨
-----------	-------------

第三者委員会	第三者評価の実施 無
同意・契約者	
住 所	〒 - 鹿児島県薩摩川内市
電 話 番 号	
氏 名	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 印
(代理人又は緊急連絡先)	
住 所	〒 -
電 話 番 号	①
氏 名・続柄	( ) 印

\*当事業所では、ご利用者様及びご家族様からの「お心付や差し入れの品」等は、どのような場合でも一切頂けない事にしておりますのでご了承下さいませ。

令和 年 月 日

