

株式会社 太郎 介護事業部 Region Life Care Systems

# デイサービスセンター 八福神 壱番館 重要事項説明書

当事業所は、ご契約者に対し通所介護サービスを提供致します。  
事業所の内容や、今後提供されるサービスに関してご注意いただきたい点に  
ついて以下の通りご説明致します。

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(福島県指定 第 0770501096 号)

# 重要事項説明書

令和1年5月01日現在

あなた（又はあなたの家族）が利用を希望する指定通所介護サービスについて、契約を締結する前に了承していただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことは遠慮なくご質問ください。

## 1 指定通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社 太郎
代表者氏名	代表取締役 堀越 逸夫
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	福島県西白河郡西郷村小田倉字狼山合50 TEL：0248-25-6016 FAX：0248-25-6690
法人設立年月日	平成15年 9月 1日

## 2 利用者に対する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	デイサービスセンター 八福神 壺番館
介護保険指定 事業所番号	福島県 第0770501096号
事業所所在地	福島県白河市久田野田中39番4号
連絡先 相談担当者名	TEL：0248-21-5705 FAX：0248-22-0155 管理者 佐久間 聡美
事業所の通常の 事業の実施地域	白河市（新市街、旧市街、南湖、田島、借宿） 泉崎村（泉崎、関和久、北平山、太田川）
利用定員	18名

### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要支援・要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。
運営の方針	要支援・要介護者の心身の特性を踏まえて、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世話および機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図る。

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	日曜日～金曜日（年末年始を除く）
営業時間	8：30～17：30

(4) サービス提供時間

サービス提供日	日曜日～金曜日（年末年始を除く）
サービス提供時間	9：00～16：05
延長サービス提供時間	要相談（運営規程記載の延長サービス提供時間を記載）

(5) 事業所の職員体制

管理者	佐久間 聡美
-----	--------

職種	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li><li>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。</li><li>4 利用者へ通所介護計画を交付します。</li><li>5 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。</li></ol>	常勤 1名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li></ol>	サービス提供時間を通して 1名以上
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>2 利用者の静養のための必要な措置を行います。</li><li>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。</li></ol>	サービス提供 時間を通して 1名以上
介護職員	<ol style="list-style-type: none"><li>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。</li></ol>	サービス提供 時間を通して 1名以上
機能訓練 指導員	<ol style="list-style-type: none"><li>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。</li></ol>	サービス提供 時間を通して 1名以上
管理栄養士	<ol style="list-style-type: none"><li>1 栄養改善サービスを行います。</li></ol>	配置無し
歯科衛生士	<ol style="list-style-type: none"><li>1 口腔機能向上サービスを行います。</li></ol>	配置無し

事務職員	1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	配置無し
------	------------------------------	------

### 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
(介護予防) 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。 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。 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 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。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び必要に応じて食事の介助を行います。また嚥下の困難な方には、刻み食や流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び必要に応じて入浴(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	介助が必要な方に対し、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な方に対し、更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な方に対し、室内の移動、車いすへ移乗等の介助を行います。
機能訓練	服薬介助	介助が必要な方に対し、配剤された薬の確認、服薬の介助及び確認を行います。
	日常生活動作を通じた訓練	ご本人の能力に応じて、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	ご本人の能力に応じて、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。
その他	器具等を使用した訓練	ご本人の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
	創作活動など	ご本人の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
特別なサービス (利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。)	口腔機能向上 注) 1	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3か月以内まで)
	若年性認知症利用者受入	若年性認知症(40歳から64歳まで)の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

注) 1 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

(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する宗教活動、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

サービス提供時間数		7時間以上 8時間未満	
		利用料 (1日当り)	利用者負担額 (1日当り)
要支援1	地域密着	16,550円/月	1,655円
要支援2	地域密着	33,930円/月	3,393円
要介護1	地域密着	7,390円/日	739円
要介護2	地域密着	8,730円/日	873円
要介護3	地域密着	10,120円/日	1,012円
要介護4	地域密着	11,500円/日	1,150円
要介護5	地域密着	12,880円/日	1,288円

加算	利用料	利用者負担額	算定回数等
個別機能訓練加算(Ⅱ)	560円	56円	個別機能訓練を実施した日数
入浴介助加算	500円	50円	入浴介助を実施した日数
若年性認知症利用者受入加算	600円	60円	サービス提供日数（要支援者は月あたり）
	2400円	240円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)			所定利用料に5.9%を乗じた料金
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)			所定利用料に1.0%を乗じた料金
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	180円(介護)	18円	サービス提供日数（要支援者は月あたり）
	240円(支1)	24円	
	480円(支2)	48円	
延長加算	500円	50円	所要時間が9時間以上10時間未満の場合
	1,000円	100円	所要時間が10時間以上11時間未満の場合
	1,500円	150円	所要時間が11時間以上12時間未満の場合
	2,000円	200円	所要時間が12時間以上13時間未満の場合
	2,500円	250円	所要時間が13時間以上14時間未満の場合

減算	利用料	利用者負担額	算定回数等
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	940円	94円	当該減算の要件に該当した場合（1日につき）

※（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、一度全額をお支払いいただきます。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 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合の連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	ご連絡のない場合	1提供当りの料金の100%を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
③ 食事の提供に要する費用	600円（1食当り） *おやつ代、飲み物代も含まれます。	
④ おむつ代等	リハビリパンツ、紙おむつ 各100円、パット中 80円、パット小 60円	
⑤ 日常生活費	必要時に実費にてご負担いただきます。	

#### 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	<p>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。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月7日までにお届け（郵送）します。</p>
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	<p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の15日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い</p> <p>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いたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</p>

※ 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2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14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、要介護認定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いたします
- (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十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 佐久間 聡美
-------------	------------

- (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、次に掲げることにより留意して、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します。
- (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します。
- (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

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。）</p>



## 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。

主治医	医療機関名： 所在地： 電話番号：
連絡先 1	連絡先名： 所在地： 電話番号：
連絡先 2	連絡先名： 所在地： 電話番号：

## 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。

## 12 心身の状況の把握

指定通所介護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 指定通所介護の提供に当たり、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を提供した日から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	管理者 佐久間 聡美
-------------	------------

- 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回実施（4月・10月）

## 16 衛生管理等

- ① 指定通所介護の用に供する施設、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 指定通所介護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）
- イ 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。
- 苦情の申し出があった場合は、直ちに受付担当者が申し出者と連絡を取り、状況の把握と事実確認を行います。
  - 事例について検討を行い、対応策を書面にて申し出者に連絡をします。

### (2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 デイサービスセンター 八福神 壱番館	所在地 白河市久田野田中39番4号 電話番号 0248-21-5705 ファックス番号 0248-22-0155 受付時間 8:30～17:30（土日を除く） 相談受付担当者：佐久間 聡美
【市町村（保険者）の窓口】 白河市 保健福祉部 高齢福祉課	所在地 白河市八幡小路7番1号 電話番号 0248-22-1111 ファックス番号 0248-23-1255 受付時間 9:00～17:00（土日祝を除く）
【市町村（保険者）の窓口】 泉崎村 住民生活課 健康・福祉グループ	所在地 泉崎村泉崎字山ヶ入101番地 電話番号 0248-54-1333 ファックス番号 0248-53-1353 受付時間 9:00～17:00（土日祝を除く）

【公的団体の窓口】 福島県国民健康保険団体連合会	所在地 福島市中町3番7号 電話番号 024-528-0040 ファックス番号 024-528-0989 受付時間 9:00～16:00 (土日祝を除く)
-----------------------------	---

18 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和      年      月      日
-----------------	-------------------------

上記内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	福島県西白河郡西郷村大字小田倉字狼山合 50		
	法人名	株式会社 太郎		
	代表者名	代表取締役	堀越 逸夫	印
	事業所名	デイサービスセンター 八福神 壺番館		
	説明者氏名	印		

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印