

# 重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

あなたに対する地域密着型通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第105条、第8条に基づいて、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	医療法人社団 支心
主たる事務所の所在地	北海道釧路市双葉町3番7号
法人種別	医療法人
代表者名	谷藤 公紀
設立年月日	平成21年5月2日
電話番号	0154-23-3001
ホームページアドレス	<a href="http://www.shishinn.com">http://www.shishinn.com</a>

## 2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	日帰りふわりデイサービスセンター
指定番号	0174142091号
所在地	北海道釧路市入江町9番14号
電話番号	0154-31-2202
開設年月日	平成26年7月1日
指定年月日	平成28年4月1日
管理者の氏名	石川 和佳
通常の事業の実施地域	通常の事業の実施地域は、釧路市の区域とする。但し、旧阿寒町、旧音別町を除く。原則、事業所より半径5km以内(概ね、新釧路川から別保川の間)とし、越える場合は要相談とする。

## 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	1 医療法人社団支心が設置する日帰りふわりデイサービスセンター(以下「事業所」という。)において実施する指定地域密着型通所介護事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び看護職員、介護職員、機能訓練指導員(以下「地域密着型通所介護従事者」という。)が、要介護状態の利用者に対し、適切な指定地域密着型通所介護を提供することを目的とする。
運営の方針	1 指定地域密着型通所介護の提供にあたって、要介護状態の利用者に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その家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。 2 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 4 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

- 5 指定地域密着型通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行う。
- 6 前5項のほか、「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）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

#### 4. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従員数業者の職種	勤務の体制
管理者	常勤兼務 1人
生活相談員	サービス提供時間帯を通じて常時1人以上
介護職員	サービス提供時間帯を通じて常時1人以上 (看護師との合算の場合あり)
看護師	常勤兼務 1人以上 (管理者、機能訓練指導員兼務の場合あり)
機能訓練指導員	常勤兼務 1人以上 (管理者、機能訓練指導員兼務の場合あり)

#### 5. 営業時間

営業日	月曜から金曜日とする。ただし、事業所が定めた休日を除く。
営業時間	午前8時15分から午後5時15分
サービス提供時間	午前10時00分から午後3時30分

#### 6. 利用定員

事業所の利用定員は、1日10名以内とする。(併設する事業ある場合は合算)

#### 7. 提供するサービス内容

- (1) 入浴サービス
- (2) 給食サービス
- (3) 生活指導(相談・援助等)レクリエーション
- (4) 機能訓練
- (5) 健康チェック
- (6) 送迎
- (7) 延長サービス
- (8) アクティビティ(介護予防)など

#### 8. 利用料

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス(利用料1~3割が自己負担)
- (2) 介護保険の適用を受けないサービス(全額自己負担)
- (3) その他の費用(全額自己負担)があります。

(1) 介護保険の適用を受けるサービス

1 割負担額

【保険単位と1回利用料金】						
地域密着型 通所介護費	利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	3時間以上 4時間未満	416単位 ¥416	478単位 ¥478	540単位 ¥540	600単位 ¥600	663単位 ¥663
	4時間以上 5時間未満	436単位 ¥436	501単位 ¥501	566単位 ¥566	629単位 ¥629	695単位 ¥695
	5時間以上 6時間未満	657単位 ¥657	776単位 ¥776	896単位 ¥896	1013単位 ¥1013	1134単位 ¥1134

2 割負担額

【保険単位と1回利用料金】						
地域密着型 通所介護費	利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	3時間以上 4時間未満	416単位 ¥832	478単位 ¥956	540単位 ¥1080	600単位 ¥1200	663単位 ¥1326
	4時間以上 5時間未満	436単位 ¥872	501単位 ¥1002	566単位 ¥1132	629単位 ¥1258	695単位 ¥1390
	5時間以上 6時間未満	657単位 ¥1314	776単位 ¥1552	896単位 ¥1792	1013単位 ¥2026	1134単位 ¥2268

3 割負担額

【保険単位と1回利用料金】						
地域密着型 通所介護費	利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	3時間以上 4時間未満	416単位 ¥1248	478単位 ¥1434	540単位 ¥1620	600単位 ¥1800	663単位 ¥1989
	4時間以上 5時間未満	436単位 ¥1308	501単位 ¥1503	566単位 ¥1698	629単位 ¥1887	695単位 ¥2085
	5時間以上 6時間未満	657単位 ¥1971	776単位 ¥2328	896単位 ¥2688	1013単位 ¥3039	1134単位 ¥3402

【利用内容により、以下の加算・減算があります】

(自己負担額は単位数×負担割合)

入浴介助加算 (I)	1日につき40単位加算 (入浴介助を行った場合)
個別機能訓練加算 (I) イ	1日につき56単位加算 (計画に基づき機能訓練を行った場合)
地域通所介護同一建物減算	1日につき94単位減算 (事業所と同一建物に居住又は同一建物から利用する場合)
地域通所介護送迎減算	片道につき47単位減算 (事業所が送迎を行わない場合)

【介護職員の処遇を改善するための賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に加算されます】

(自己負担額は単位数×負担割合)

介護職員等処遇改善加算 (II)	所定単位数の90/1000 (9.0%)
------------------	----------------------

(2) 介護保険の適用を受けないサービス (全額自己負担)

介護保険の支給限度額を超えるサービスの利用料は利用者の全額自己負担となります。

(3) その他の費用【保険適用外料金】

※食事代・おやつ代	食事代 660 円、おやつ代 110 円	
※入浴用品(タオル、石けん等)	1 回につき 160 円(ご持参いただく場合は不要)	
※オムツ代	実費	
※支給限度額を超えた場合	利用者様の 10 割負担	
※レクリエーション費	材料を使用した場合実費	
※通常の事業の実施地域以外の交通費	訪問車を使用した場合	事業の実施地域を越えた地点から半径 5km につき 330 円
	公共の交通機関を使用した場合	実費
	営業車両を使用した場合	実費

(4) 支払方法

お支払いが月末締めとなります。

利用月の翌月 15 日以降に請求書を送付いたします。その際に集金日のお知らせ、振込用紙等を同封いたしますので、集金、振り込み、口座引き落としのいずれかでのお支払いをお願いいたします。

9. 非常災害対策

- (1) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年 2 回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。
- (2) 非常災害時マニュアル及び、従業員連絡網を作成し、関係機関への通報等従業員の役割分担を明確にするものとする。また、マニュアルや連絡網については定期的に見直しを行い、その旨従業員に周知を行うものとする。

10. 衛生管理等

- (1) 事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に務めます。
- (2) 事業所は、事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように努めます。

11. 安全・サービス提供管理委員会の設置

- (1) 事業者は、医療と密接な連携のもとに、安全かつ適切なサービスを提供するため、安全・サービス提供管理委員会を設置し、概ね 6 ヶ月に 1 回以上の委員会を開催します。そして、委員会において、事業所における安全かつ適切なサービスの提供を確保するための方策を検討します。
- (2) 事業者は、委員会の検討を踏まえ、必要に応じて対策を行います。

12. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	平日 午前 8 時 15 分～午後 5 時 15 分
	ご利用方法	電話 070-1502-2940 / 0154-23-3001
	面接場所	日帰りふわりデイサービスセンター内相談室
	担当	管理者 石川 和佳
釧路市役所 福祉部 介護高齢課 介護保険担当	ご利用方法	電話 0154-31-4598
北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護・障害者支援課	ご利用方法	電話 011-231-5175

## 対応について

- ・苦情があった場合は直ちに担当者が相手方に連絡を取り、直接出向くなどして詳しい事情を聞くとともに、職員からも事情を確認する。
- ・担当者が必要と判断した場合には、管理者まで含めて検討会議を行う。  
(検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで処理結果を報告する。)
- ・検討後、翌日までには必ず具体的な対応を行う。
- ・記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる。

### 1 3. 個人情報の保護

- (1) 事業所は、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する。
- (2) 事業者が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとする。

### 1 4. 虐待防止に関する事項

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を6ヶ月に1回開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。
  - ・事業所における虐待防止のための指針を整備します。
  - ・虐待を防止するための職員に対する研修の実施
  - ・虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。
  - ・利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
  - ・その他虐待防止のために必要な措置
- (3) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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、これを市町村に通報するものとする。

### 1 5. 業務継続計画の策定

感染症や自然災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及訓練を定期的実施します。

### 1 6. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症が発生した際の予防、まん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を3ヶ月に1回以上開催し、その結果を職員に周知徹底します。
- (2) 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。
- (3) 職員に対し、感染症の予防、まん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

17. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する指定地域密着型通所介護のサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該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、必要な措置を講ずる。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ないます。
- (2) 利用者に対する指定地域密着型通所介護のサービス提供により事故が発生した場合は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、原因の解明と再発生を防ぐための対策を講じるものとする。
- (3) 損害賠償保険への加入  
 当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。
  - ・加入保険会社名 損保ジャパン
  - ・保険の内容
 身体に関する事故、人権侵害に関する事故、財産に関する事故等、事故の内容に応じて相当額の補償を限度額の範囲内で対応いたします。

18. 当事業所の特徴

事 項	有・無	備 考
介護員変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出下さい
男性介護員の有無	有	希望される方はお申し出下さい
従業員への研修の実施	有	1ヶ月に1回全体研修があります
サービスマニュアルの作成	有	
第三者評価の実施	無	

19. 緊急時の対応方法

- (1) 利用者に病状の急変、その他の緊急事態が発生した場合は、速やかに管理者や主治医へ連絡し、その指示に従って対応します。緊急連絡先への連絡を行います。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	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	
	夜間の連絡先	

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1 に対して  
甲2  
サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を  
説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所の所在地 北海道釧路市入江町9番14号  
名称 日帰りふわりデイサービスセンター  
管理者 石川 和佳 印

説明者 所 属 日帰りふわりデイサービスセンター  
氏 名 印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、甲からサービス内容及び  
重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住 所  
氏 名 印

(甲2) 利用者の家族 住 所  
氏 名 印