

坂本の里 一灯苑 デイサービスセンター 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。（熊本県指定第 4372900789 号）

当事業所はご利用者に対して指定通所介護サービス及び第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）（以下「通所サービス等」とする）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当通所サービス等の利用は、要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

1 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 川岳福社会
主たる事業所の所在地	〒869-6105 八代市坂本町坂本1071番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 光永 了円
電話番号	0965-53-7277
設立年月日	昭和43年 5月 1日

2 事業所の目的

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律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援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の介護予防、社会的孤立感の解消、身体機能の維持及び介護者の精神的負担の軽減を図ります。

3 事業所の運営方針

- （1）当事業所において提供する通所サービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示等の趣旨及び内容に沿ったものとします。
- （2）通所サービスの提供にあたっては利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画及び介護予防通所介護計画（以下「通所介護計画等」とする。）を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供するものとします。
- （3）利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法等について分かりやすく書面をもって説明するものとします。
- （4）適切な介護技術をもってサービスを提供するものとします。
- （5）常に、提供したサービスの質の管理、評価を行うものとします。
- （6）居宅サービス計画及び介護予防サービス支援計画（以下「通所サービス計画

等」とする。)が作成されている場合は、当該計画に沿った通所サービス等を提供するものとします。

(7) 当事業所の従業者は、介護、看護等に関する技術・知識の向上のため、事業所内外の研修等に積極的に取り組むものとします。

(8) 適切な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であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所介護従業者等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

4 事業所の内容

事業所の名称	坂本の里 一灯苑 デイサービスセンター		
サービスの種類	指定通所介護事業 第1号通所事業（介護予防介護相当サービス）		
指定番号	熊本県第 4372900789 号		
所在地	〒869-6105 八代市坂本町坂本1071番地		
管理者（事業所長）	光永 了円		
電話番号	(0965)45-2310	FAX	(0965)53-7278

通常の事業実施地域	八代市内全域
-----------	--------

5 事業所の職員体制

主な職員の配置状況 ※職員の配置については指定基準を遵守しています。

事業所の従業者の職種	員数	指定基準
管理者	1名	1名
生活相談員	1名	1名以上
介護職員 ※ご利用者15名以上から5人おきに職員1名増員。	4名	4名以上
看護職員	1名	1名以上
機能訓練指導員	1名	1名以上
管理栄養士	1名	1名

※上記職員は、必要に応じて他職種及び併設事業所と兼務する事ができます。

※本事業所は必要がある場合、定数を超え又はその他の従業者を置くことが出来ます。

6 営業時間及び利用定員

営業日	毎週月曜日～土曜日 但し、毎週日曜日、12月31日～1月2日は休みとします。
営業時間	8：30 ～ 17：30
提供時間	9：30 ～ 16：00
利用定員	通所介護・第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス） 併せて1日につき 月曜日 ～ 土曜日 定員 30 名

7 サービスの内容（具体的な内容は、「通所介護計画等」でご確認下さい。）

《1》 通所介護の内容は次のとおりとします。

（1）日常生活上の援助

日常生活動作能力に応じて必要な介助を行います。

ア 排泄介助

イ 移動の介助

ウ その他必要な身体介護

エ 養護（休養）

（2）健康状態の確認

ア バイタルサインのチェック

イ 心身の状態観察・把握

（3）送迎サービス

障害の程度、地理的条件等により送迎を必要とする利用者については専用車輛により送迎を行います。また、必要に応じて送迎車輛への昇降及び移動の介助を行います。

（4）入浴サービス

在宅における入浴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。

・ 入浴形態

ア 一般浴槽による入浴（個別浴槽を含む）

イ 特殊浴槽による入浴

ウ 足浴等の部分浴

・ 介助の種類（必要に応じて行う）

ア 衣類着脱

イ 身体的清拭、洗髪、洗身

ウ その他必要な介助

（5）食事サービス

ア 準備、後始末の介助

イ 食事摂取の介助

ウ 調理

エ その他必要な介助

(6) 相談、助言

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

ア 日常生活動作に関する訓練の相談、助言

イ 福祉用具、福祉制度の利用方法、手続等の相談、助言

ウ その他必要な助言

(7) その他利用者に対する便宜の提供

《2》上記以外の通所介護サービス等の内容

① 指定通所介護サービス(加算対象サービス)

(1) 個別機能訓練

利用者の身体機能そのものの回復が主たる目的とする訓練ではなく、心身機能訓練から生活行為向上訓練まで総合的に訓練を実施し、利用者が地域において在宅生活が継続していけるよう生活機能の維持・向上に資する効果的な援助を行います。

(2) 若年性認知症利用者の受入

若年性認知症利用者(40歳以上65歳未満)毎に個別に担当者を定め、その者を中心に、特性やニーズに応じたサービスを提供します。

② 第1号通所事業(介護予防通所介護相当サービス)

(1) 若年性認知症利用者の受入

(上記同様)

8 利用料金

(1) I. 通所介護費(介護給付)

① 介護報酬の1割相当 ※一回分の利用料金額

《6～7時間》

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
イ. 通所介護費	584 円	689 円	796 円	901 円	1008 円
ロ. 入浴介助加算(1)	40 円(共通)				
ハ. 個別機能訓練加算(1)イ	56 円(共通)				
ニ. サービス提供体制強化加算	22 円(共通)				
ホ. 介護職員等処遇改善加算	(イ+ロ+ハ+ニ)×9.2%				
ヘ. 食費(実費)	550 円(共通)				
合計	1,317 円	1,431 円	1,548 円	1,663 円	1,780 円

② 介護報酬の2割相当 ※一回分の利用料金額

《6～7 時間》

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
イ. 通所介護費	1,168 円	1,378 円	1,592 円	1,802 円	2,016 円
ロ. 入浴介助加算(1)	80 円(共通)				
ハ. 個別機能訓練加算(1)イ	112 円(共通)				
ニ. サービス提供体制強化加算	44 円(共通)				
ホ. 介護職員等処遇改善加算	(イ+ロ+ハ+ニ)×9.2%				
ヘ. 食費(実費)	550 円(共通)				
合計	2,083 円	2,312 円	2,546 円	2,775 円	3,009 円

③ 介護報酬の3割相当 ※一回分の利用料金額

《6～7 時間》

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
イ. 通所介護費	1,752 円	2,067 円	2,388 円	2,703 円	3,024 円
ロ. 入浴介助加算(1)	120 円(共通)				
ハ. 個別機能訓練加算(1)イ	168 円(共通)				
ニ. サービス提供体制強化加算	66 円(共通)				
ホ. 介護職員等処遇改善加算	(イ+ロ+ハ+ニ)×9.2%				
ヘ. 食費(実費)	550 円(共通)				
合計	2,850 円	3,194 円	3,544 円	3,888 円	4,239 円

(ア) ロ. 入浴介助加算、ハ. 個別機能訓練加算(Ⅰ)イなどについては任意の料金になります。

(イ) 送迎の料金は基本料金に含まれていますが、デイサービスにおいて送迎を実施しない場合、基本料金より「片道につき47 円」となります。

(ウ) サービス提供体制強化加算は、「区分支給限度基準額」の算定対象から除外されます。

(エ) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)は「区分支給限度基準額」の算定対象から除外されます。

② その他の加算(任意) 介護報酬の1割相当

若年性認知症 利用者受入加算	(1日につき) 60 円	対象:40 歳以上 65 歳未満で認知症と診断された人。
-------------------	-----------------	------------------------------

「利用者負担金」は原則として基本利用料のうち、介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。ただし、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は、超えた額の金額をご負担いただきます。

Ⅱ. 第1号通所事業(介護予防通所介護相当サービス)費

① 第1号通所事業(介護予防通所介護相当サービス)費

	1割相当	2割相当	3割相当
要支援1	1,798 円/月	3,596 円/月	5,394 円/月
要支援2	3,621 円/月	7,242 円/月	10,863 円/月

※ 送迎、入浴は基本料金に含まれます。食費は一回につき 550 円(実費)です。

② 各種加算

	1割相当	2割相当	3割相当
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)※要支援1	88 円/月	176 円/月	264 円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)※要支援2	176 円/月	352 円/月	528 円/月
若年性認知症利用者受入加算	240 円/月	480 円/月	720 円/月

[一月分の利用料金の計算方法]=上記の表の①+②+食費(550 円×一月の利用回数)

(カ) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)は、「区分支給限度基準額」の算定対象から除外されます。

(キ) 上記合計金額(実費を除く)に「介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)」の 9.2%を乗じた金額がご利用者の負担となります。但し、「区分支給限度基準額」の算定対象から除外されます。

(ク) 送迎の料金は基本料金に含まれていますが、デイサービスにおいて送迎を実施しない場合、基本料金より「片道につき47 円」となります。

※ 「利用者負担金は」原則として基本利用料のうち、介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。ただし、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は、超えた額の金額をご負担いただきます。

◎ 利用者の体調不良や状態の改善等により通所介護計画等に定めた期日に対し、多かった場合や少なかった場合でも、日割りでの割引又は増額はしません。

◎月ごとの定額制になっている為、月の途中からの利用の開始や月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- ① 月途中で要介護から要支援に変更になった場合
- ② 月途中で要支援から要介護に変更になった場合
- ③ 同一保険者管内での転居等により事業所等を変更した場合

※ 月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

(2) 実費負担分

①個別の食事の提供や飲酒を希望される場合 — 提供に要した相当額

※ 提供に際して主治医や看護師等に確認させていただき、その判断によってはご希望に応じられない場合があります。

② レクリエーションに要する材料費等 別紙参照

③ 個別のサービスに要する費用等 別紙参照

④おむつ代

	各 1 枚につき
紙パンツ・紙おむつ	1 0 0 円
フラットタイプ	5 0 円
尿取りパッド	3 0 円

⑤通常の事業の実施地域（八代市内全域）以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用

通常の実施地域を越えた地点から、片道 1 k m 毎に 18 円とする。

※ 利用料金については介護保険法の改正にともない変更となる場合がありますが、その場合は書面にて事前に連絡し御説明いたします。

9 キャンセル（取消）料

①利用者の都合により、サービスを中止（欠席）される場合は、原則として前日まで事業所に申し出て下さい。やむを得ない場合でも、当日の午前 8 時 3 0 分までに申し出て下さい。申し出がなく、サービスを中止された場合は、「8 利用料金」に表示の利用料金（ご利用者負担額）をキャンセル料としてお支払い頂く場合があります。但し、緊急事態など連絡できない正当な理由がある場合は、この限りではありません。

10 利用料金等の支払い方法

① サービスの利用日当日に、事業所にご持参の上、現金でのお支払い。

（ア）現金の取り扱いは月曜日から土曜日の取り扱いとなります。

但し、何らかの事情で持参できない場合はご相談に応じます。

② 本人様またはご家族様名義の口座からの引き落とし。

（ア）郵便局の口座のみの取り扱いとなります。

③ 一灯苑の指定口座への振込み。

※ 振込手数料は利用者様にてご負担をお願いします。

11 サービス利用開始までの経過

（1） 本人やご家族の申し込みで担当職員が自宅にお伺いします。

介護保険被保険者証、介護保険負担割合証を確認し、利用契約書及び重要事項説明書の交付、内容の説明とともに同意を得た後、契約を結びます。

（2） 居宅支援事業所等と契約されている方は事前に担当の介護支援専門員等とご相談下さい。

（3） 通所介護計画等が作成され、通所サービス等の利用開始となります。

12 サービス利用にあたっての留意事項

（1） 入浴サービスを利用する際には従業者の指示に従い、注意事項を守っていただきます。

（2） 機能訓練は機能訓練指導員の指示のもとに行っていただきます。

- (3) サービス利用日に欠席される場合、事業所まで必ずご連絡下さい。
- (4) 定められた以外の持込みの場合はご相談下さい。
- (5) 利用者間での金銭等の貸し借りはできません。
- (6) 暴力行為又は乱暴な言動（物を投げつける・刃物を向ける・服を引きちぎる・手を払いのける・怒鳴る・奇声、大声を出す等・唾を吐く等）
セクシャルハラスメント（従業員の体を触る・手を握る・抱きしめる・ヌード写真を見せる・従業員の住所や電話番号を聞く・ストーカー行為）
等の迷惑行為があった場合は契約を解除する場合があります。
- (7) 送迎時、ペットはゲージに入れるかリードに繋なぐ等のご協力をお願いします。従業員がペットに噛まれた場合、治療費等のご相談をさせて頂く場合があります。
- (8) サービスの終了
- (9) 契約者の都合でサービスを終了される場合
サービスの終了を希望される日の7日前までにお申し出下さい。
- (10) 自動的にサービス終了となる場合
 - 一 利用者が介護保険施設に入所又は病院等に入院した場合
 - 二 利用者が介護認定（更新）の結果「自立」と認定された場合
 - 三 利用者が亡くなった場合や被保険者資格を喪失した場合
 - 四 事業者が解散命令を受け、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
 - 五 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
 - 六 施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- (11) その他
 - 一 利用者から契約解除の申し出があった場合
 - 二 事業者から契約解除の申し出を行った場合

13 サービス終了に伴う援助

- (1) 前項の（1）（2）及び（3）の一号の事由により本契約が終了した場合には、契約者の希望により、事業者は契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な生活のために必要な以下の援助を契約者に対して速やかに行うものとします。（ただし（2）の一号、三号の項に該当する場合を除きます）
 - 一 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
 - 二 居宅介護支援事業者等の紹介
 - 三 その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介
- (2) 前項の（3）の第二号事由により本契約が終了した場合には、契約者の希望により、事業者は契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な生活のために必要な前項第一号から第三号に定める援助を、契約者に対して速やかに行うよう努めるものとします。

14 地域との連携

事業所の運営に当たっては、地域住民又は住民の活動との連携協力を行うなど、地域との交流に努めるものとする。

15 提供拒否の禁止

指定通所介護事業所は正当な理由がない限り、利用者様の受け入れの拒否をしないものとする。

16 サービス開始にあたって

サービス提供開始時に重要事項説明書の説明を行い、同意を得るものとする。

17 秘密保持等

- (1) 当事業所の従業者は、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を、正当な理由なく漏らしてはならないものとする。
- (2) 従業者であったものが、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を、正当な理由なく漏らすことのないよう、必要な措置を講じるものとする。
- (3) サービス担当者会議における利用者等の情報の使用について、あらかじめ文章により利用者等の同意書を得るものとする。

18 緊急時における対応

- (1) 当事業所はサービスの提供により事故が発生した場合には、関係市町村、利用者の家族、利用者が利用している居宅支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- (2) 利用者がサービス利用時に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医や家族に連絡する等の措置を行います。

19 損害賠償

当事業所は、サービスの提供により賠償すべき事故等が発生した場合には、速やかに損害賠償を行うものとします。

20 身元引受人

利用者のサービス利用等の支払いに関する連絡等や、緊急時の対応等の場合に備えて通所サービス等利用中における本人の身元一切について成年者で独立の生計を営むものを「身元引受人」として定めていただきます。

21 非常災害対策

通所サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずるものとする。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとる

ものとする。

- (2) 非常災害に備え、少なくとも半年に一回は避難、救出その他必要な訓練等を行うものとする。

22 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止等の為、対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果を従業者に周知徹底を図るものとする。また虐待防止の為の指針を整備するとともに、担当者を置き虐待防止の為の研修を定期的実施するものとする。

23 身体的拘束等の適正化

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やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこと。

- (2) 身体的拘束等を行う場合には、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やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

24 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援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、必要な措置を講じるものとする。

- (2) 事業者は従業者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- (3) 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うものとする。

25 その他

- (1) 当事業所及びサービス従事者は、業務上知り得た利用者や家族に関する情報を、保持することを旨とします。
- (2) 通所介護計画書等作成時、内容については事前に利用者又は家族と協議し、サービス担当者会議を開催します。その際、利用者や家族の個人情報を用いる場合は文書により同意を得ます。
- (3) 事業所内外で提供するサービスを利用中の利用者の様子を撮影して、記録や当事業所が発行する「便り」等の刊行物への掲載、ならびにパネル掲示等のために使用する場合には、契約時に口頭で説明し、利用者や家族の同意を得ます。
- (4) ①ご利用者の送迎に関して、自宅と事業所間の送り迎えを原則としており、通院や買い物等の事情により、その他の場所での乗り降りや送迎はできません。
②台風や積雪等の天候や地域の道路工事等により、安全を考慮し、送迎が困難と判断される場合は、利用日の前日までに利用の中止や変更についてご連絡す

る場合があります。

③天候やそれに起因する道路事情(路面凍結や土砂崩れ等)により、帰りの送迎が困難と判断される場合、デイサービスセンターまたは担当ケアマネージャーより状況をご説明の上で、送迎時の安全が確認されるまでの間、ご家族、タクシーによる送迎や近隣のご親族のお宅への宿泊または短期入所サービスのご利用等についてご相談させて頂く場合があります。

(5) ご利用者及びそのご家族の中にインフルエンザまたはその他の感染症等への罹患が確認された場合、その症状が安定し、医師等によってデイサービス利用可能との判断が示されるまでの間、デイサービスのご利用を見合わせていただく場合があります。

26 苦情等受付窓口

【苦情等解決責任者 事業所長 光永 了円】

坂本の里 一灯苑 デイサービスセンター 受付担当者 (生活相談員)	所在地 八代市坂本町坂本1071番地 連絡先 TEL (0965) 45-2310 FAX (0965) 53-7278 受付時間 8:30~17:15 (月曜日~金曜日)
指定居宅介護支援事業所 一灯苑	所在地 八代市坂本町坂本1071番地 連絡先 TEL (0965) 36-1015 受付時間 8:30~17:15 (月曜日~金曜日)
八代市 坂本支所 地域振興課 市民福祉係	所在地 八代市坂本町坂本1051-2 連絡先 TEL (0965) 45-2213 受付時間 8:30~17:15 (月曜日~金曜日) ※ その他、住所地の市役所等の高齢者支援課
国民健康保険団体連合会	所在地 熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号 市町村自治会館 5階(熊本県国民健康保険団体連合会 介護保険課内) 連絡先 TEL (096) 214-1101 受付時間 9:00~17:00 (月曜日~金曜日)
熊本県福祉サービス運営 適正化委員会 (熊本県社会福祉協議会内)	所在地 熊本県熊本市中央区南千反畑町3-7 連絡先 TEL (096) 324-5471 FAX (096) 355-5456 受付時間 9:00~17:00 (月~金曜日)
第三者サービス向上委員	福山恵美子 090-9071-8454 高丸 法子 0965-33-4077 自宅

27 第三者評価の実施状況

(1) 第三者評価の実施状況について
直近なし。

同意書

私は、重要事項説明書に基づいて、通所サービス等の内容及び重要事項の説明を受けました。また、通所介護計画等の作成、実施等において私及び私の家族等の個人情報を坂本の里一灯苑 デイサービスセンターを利用の期間中、職員及びサービスを提供する関係者の間（サービス担当者会議出席者、医療、行政担当者等）で共有することに同意します。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印

代理人・家族代表者 住所 _____

代理人・家族代表者 氏名 _____ 印

当事業所は、重要事項説明書に基づいて通所介護サービス等の内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者 坂本の里 一灯苑 デイサービスセンター

職 名 生活相談員 _____

氏 名 _____ 印

事業者住所	八代市坂本町坂本 1071 番地	
事業者名	社会福祉法人 川岳福社会	
代表者	理事長 光永 了円	印