

# 指定地域密着型通所介護重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、関係法令等の規定に基づき、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（法人）の概要

|            |                                                                                                                           |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会福祉法人上山市社会福祉協議会                                                                                                          |
| 主たる事務所の所在地 | 山形県上山市南町4番5-12号                                                                                                           |
| 代表者（職名・氏名） | 会長 山本 幸 靖                                                                                                                 |
| 設立年月日      | 昭和43年4月1日                                                                                                                 |
| 電話番号       | 023-695-5095                                                                                                              |
| 開設事業所      | 指定居宅介護支援事業所（山形県0671300036号）<br>指定訪問介護事業所（山形県0671300093号）<br>指定地域密着型通所介護事業所（山形県0671300424号）<br>指定介護予防支援事業所（山形県0601300015号） |

## 2. ご利用事業所の概要

|             |                     |                 |
|-------------|---------------------|-----------------|
| ご利用事業所の名称   | 上山市社会福祉協議会デイサービスはやま |                 |
| サービスの種類     | 指定地域密着型通所介護         |                 |
| 事業所の所在地     | 山形県上山市葉山5番70号       |                 |
| 電話番号        | 023-673-3725        |                 |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成19年6月1日指定         | 山形県第0671300424号 |
| 利用定員        | 12人                 |                 |
| 通常の事業の実施地域  | 上山市                 |                 |

## 3. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 利用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、入浴、排泄、食事等その他の生活全般にわたる援助を適切に行うことを目的とします。                              |
| 運営の方針 | 利用者が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及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及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。 |

## 4. 提供するサービスの内容

指定地域密着型通所介護は、事業者が設置する事業所（デイサービスはやま）に通っていたき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話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並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

## 5. 営業日時

|          |                                              |
|----------|----------------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から金曜日まで<br>ただし、年末年始（12月29日から1月3日まで）を除きます。 |
| 営業時間     | 午前8時から午後5時30分まで                              |
| サービス提供時間 | 午前9時から午後4時まで                                 |

## 6. 事業所の職員体制

| 従業者の職種       | 職務内容                                                          | 員 数 |     |    |
|--------------|---------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
|              |                                                               | 常勤  | 非常勤 | 計  |
| 管理者兼介護職員     | 事業所運営に係る管理業務及び指定地域密着型通所介護利用申し込みに係る調整、利用者の個別介護計画の作成、相談業務を行います。 | 1人  |     | 1人 |
| 看護職員兼機能訓練指導員 | 利用者の心身の状況等を的確に把握し、日常生活上の健康管理及び心身の機能低下の防止及び維持回復を図るための業務を行います。  | 2人  |     | 2人 |
| 看護師兼介護職員     | 利用者の心身の状況等を的確に把握し、日常生活上の介護業務を行います。                            | 1人  |     | 1人 |
| 介護職員         | 利用者の心身の状況等を的確に把握し、日常生活上の介護業務を行います。                            | 1人  | 5人  | 6人 |
| 生活相談員        | 指定地域密着型通所介護利用申し込みに係る調整、利用者の個別介護計画の作成、相談業務を行います。               | 2人  |     | 2人 |

## 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|          |              |
|----------|--------------|
| 管理責任者の氏名 | 管 理 者 木村 知恵美 |
|----------|--------------|

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額です。ただし、一定金額以上の所得がある場合には、2割又は3割の額になります。また、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所介護の利用料

(2) 【基本部分】

| 所要時間<br>(1回あたり) | 利用者の<br>要介護度 | 指定地域密着型通所介護費     |                   |       |       |
|-----------------|--------------|------------------|-------------------|-------|-------|
|                 |              | 基本利用料<br>※(注1)参照 | 利用者負担金<br>※(注2)参照 |       |       |
|                 |              |                  | 1割負担              | 2割負担  | 3割負担  |
| 3時間以上<br>4時間未満  | 要介護1         | 4160円            | 416円              | 832円  | 1248円 |
|                 | 要介護2         | 4780円            | 478円              | 956円  | 1434円 |
|                 | 要介護3         | 5400円            | 540円              | 1080円 | 1620円 |
|                 | 要介護4         | 6000円            | 600円              | 1200円 | 1800円 |
|                 | 要介護5         | 6630円            | 663円              | 1326円 | 1989円 |
| 4時間以上<br>5時間未満  | 要介護1         | 4360円            | 436円              | 872円  | 1308円 |
|                 | 要介護2         | 5010円            | 501円              | 1002円 | 1503円 |
|                 | 要介護3         | 5660円            | 566円              | 1132円 | 1698円 |
|                 | 要介護4         | 6290円            | 629円              | 1258円 | 1887円 |
|                 | 要介護5         | 6950円            | 695円              | 1390円 | 2085円 |
| 5時間以上<br>6時間未満  | 要介護1         | 6570円            | 657円              | 1314円 | 1971円 |
|                 | 要介護2         | 7760円            | 776円              | 1552円 | 2328円 |
|                 | 要介護3         | 8960円            | 896円              | 1792円 | 2688円 |
|                 | 要介護4         | 10130円           | 1013円             | 2026円 | 3039円 |
|                 | 要介護5         | 11340円           | 1134円             | 2268円 | 3402円 |
| 6時間以上<br>7時間未満  | 要介護1         | 6780円            | 678円              | 1356円 | 2034円 |
|                 | 要介護2         | 8010円            | 801円              | 1602円 | 2403円 |
|                 | 要介護3         | 9250円            | 925円              | 1850円 | 2775円 |
|                 | 要介護4         | 10490円           | 1049円             | 2098円 | 3147円 |
|                 | 要介護5         | 11720円           | 1172円             | 2344円 | 3516円 |
| 7時間以上<br>8時間未満  | 要介護1         | 7530円            | 753円              | 1506円 | 2259円 |
|                 | 要介護2         | 8900円            | 890円              | 1780円 | 2670円 |

|  |       |        |       |       |       |
|--|-------|--------|-------|-------|-------|
|  | 要介護 3 | 10320円 | 1032円 | 2064円 | 3096円 |
|  | 要介護 4 | 11720円 | 1172円 | 2344円 | 3516円 |
|  | 要介護 5 | 13120円 | 1312円 | 2624円 | 3936円 |

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額的全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類               | 加算の要件                            | 加算額                                   |            |            |            |
|---------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------|------------|------------|
|                     |                                  | 基本利用料                                 | 利用者負担金     |            |            |
|                     |                                  |                                       | 1割負担       | 2割負担       | 3割負担       |
| 入浴介助加算 I            | 利用者の入浴介助を行った場合（1日につき）<br>※（注3）参照 | 400円                                  | 40円        | 80円        | 120円       |
| 介護職員<br>処遇改善加算 III  | 当該加算の算定要件を満たす場合                  | 1月の利用料金<br>（基本部分＋<br>各種加算減算）<br>の8.0% | 左記額の<br>1割 | 左記額の<br>2割 | 左記額の<br>3割 |
| サービス提供体制<br>強化加算 II | 当該加算の算定要件を満たす場合                  | サービス提供1回<br>あたり180円                   | 18円        | 36円        | 54円        |

(注3) 入浴介助加算は入浴介助サービスを利用した場合のみ加算されるもので、当該サービスを利用するかしないかは利用者の希望により選択できます。

### 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

| 減算の種類          | 減算の要件                              | 減算額   |        |      |      |
|----------------|------------------------------------|-------|--------|------|------|
|                |                                    | 基本利用料 | 利用者負担金 |      |      |
|                |                                    |       | 1割負担   | 2割負担 | 3割負担 |
| 送迎が実施されない場合の減算 | 事業所による送迎がされなかった場合<br>(1日の利用で片道につき) | 470円  | 47円    | 94円  | 141円 |

#### (2) その他の費用（介護度による区分はありません）

| 対象物品等   | 金額   | 適用及び備考                           |
|---------|------|----------------------------------|
| 食費      | 700円 | 昼食費、おやつ代等                        |
| リハビリパンツ | 100円 | 普段自宅で使用しているものを使用いただいで差し支えありません。  |
| 尿取りパット  | 20円  | 事業所のおむつを使用した場合は、サイズを問わず左記の費用を負担い |

|      |                                                                                                           |       |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 平オムツ | 30円                                                                                                       | たきます。 |
| その他  | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（レクリエーション活動費用や利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |       |

### (3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

| キャンセルの時期       | キャンセル料       |
|----------------|--------------|
| 利用予定日の前日午後5時以降 | 利用者負担金の10%の額 |

### (4) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

| 支払い方法   | 支払い要件等                                                                                                                      |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。                                                                    |
| 銀行振り込み  | サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直後の平日)までに、下記の口座にお振り込みください。<br><b>山形銀行 上山支店 普通口座 0856258</b><br><b>名義人 社会福祉法人上山市社会福祉協議会 会長 山本幸靖</b> |
| 現金払い    | サービスを利用した月の翌月の27日(休業日の場合は、直後の営業日)までに、介護職員等にお渡しください。                                                                         |

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変が生じたときは、速やかに利用者の主治医及び家族や事業所、協力医療機関等の関係機関への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

|        |        |                          |
|--------|--------|--------------------------|
| 主治医    | 氏名     |                          |
|        | 医療機関名称 |                          |
|        | 所在地    |                          |
|        | 電話番号   |                          |
| 協力医療機関 | 医療機関名称 | 原田医院                     |
|        | 所在地    | 上山市石崎 2-1-8              |
|        | 電話番号   | 023-672-1028             |
|        | 診療科    | 内科                       |
|        | 契約の概要  | サービス提供中に利用者の症状が急変した場合の処置 |
| 家族     | 氏名     |                          |
|        | 住所     |                          |
|        | 電話番号   |                          |
|        | 勤務先    |                          |

## 10. 事故発生時における対応方法

サービス提供中に事故が発生したときは、速やかに利用者の家族及び県、市町村、担当ケアマネージャー等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |      |                             |
|---------|------|-----------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 | 023-673-3725                |
|         | 面接場所 | 当事業所の相談室等                   |
|         | 受付時間 | 月曜日から金曜日の午前8時30分から午後5時30分まで |
|         | 担当者  | 管理者 木村 知恵美                  |

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |                |                   |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 上山市介護保険担当課     | 電話番号 023-672-1111 |
|        | 山形県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 0237-87-8000 |

## 12. 個人情報の保護

当事業所及び事業所の職員は、正当な理由がない限り、あなたに対する指定居宅介護支援の提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らしません。また当事業所は、事業所の職員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

## 13. 虐待防止

事業所は、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) 虐待防止を啓発・普及するための研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- (2) 虐待を受けた、または受けている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します。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (4) 事業所は次のとおり虐待防止責任者を定めます。  
管理者：木村 知恵美

## 14. ハラスメント対策

事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。

- (1) 当該法人職員、取引先事業者の方、利用者及びその家族等を対象とし、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
  - ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになる）行為
  - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - ③ 意に沿わない性的言動、行為的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- (2) ハラスメントが発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止委員会等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。

## 15. 業務継続に向けた取組みの強化

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ことや、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計

画)を策定し、当該業務継続計画に沿って必要な措置を講じます。

- (1) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的  
に実施します。
- (2) 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います。

## 16. 感染症対策

事業所において感染症が発生、またはまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定  
期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底しています。
- (4) 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修を定期的  
に実施します。

## 17. 身体拘束の禁止

事業所は、サービス提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するため緊急や  
むを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いません。

- (1) やむを得ず身体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その他必要な事項を記録します。
- (2) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用し  
て行うことができるものとする。)を定期的  
に開催するとともに、その結果につ  
いて、職員に周知徹底を図ります。
- (3) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (4) 職員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的  
に実施します。

## 18. サービスの利用にあたっての留意事項

- (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、「地域密着型通所介護計画」を作成します。な  
お、作成した「地域密着型通所介護計画」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「地域密着型通所介護計画」に基づいて行います。なお、「地域密着型  
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) 地域密着型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  
配慮を行います。
- (6) サービスの利用にあたって、次の事項を禁止事項とします。
  - ① 喧嘩、口論、泥酔等他人の迷惑になる行為
  - ② 決められた場所以外での喫煙

