

上山市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスA

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） 指定訪問介護事業所（山形県0671300093号） 指定地域密着型通所介護事業所（山形県0671300424号） 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指定地域密着型通所介護事業所 デイサービスはやま
サービスの種類	上山市介護予防・日常生活支援総合事業における 通所型サービスA
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	平成29年4月1日指定
利用定員	20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	利用者に対し、可能な限りその居宅において、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支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。
運営の方針	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します。 また、事業を実施するに当たっては、地域との結びつきを重視し、上山市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、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ます。

4. 提供するサービスの内容

通所型サービスAは、利用者より事業所（上山市社会福祉協議会地域密着型通所介護事業所デイサービスはやま）に通っていただき、事業所において次のサービスを提供するものです。

- (1) アクティビティ（介護予防）
- (2) レクリエーション
- (3) 生活等に関する相談及び助言
- (4) 食事の提供
- (5) 健康状態の確認
- (6) 入浴
- (7) 送迎

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで 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30分から午後3時30分まで

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	職員の管理、業務の実施状況の把握 その他事業の管理を一元的に行うとともに、事業の実施に関し、遵守すべき事項について指揮命令を行います。	1人		1人
従事者	管理者の指揮命令のもと、サービスの提供を行います。	6人	5人	11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割の額となります。また、介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費の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) 通所型サービスAの利用料

【基本部分】

利用者の 要支援区分 及び利用頻度	通所型サービスA事業費（1月につき）			
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 ※（注2）参照		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1又は 事業対象者で 週1回程度	14,190円	1,419円	2,838円	4,257円
要支援2又は 事業対象者で 週2回程度	28,550円	2,855円	5,710円	8,565円
要支援2で 週1回程度	3,530円×利用回数	353円×利用回数	706円×利用回数	1,059円×利用回数

（注1）上記の基本利用料は、上山市が定める金額であり、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、第1号事業支給費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（概要）	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
介護職員 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 （基本部分＋ 各種加算減算）の 8.0%	左記額の 1割	左記額の 2割	左記額の 3割

(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
おむつ代	実費	普段自宅で使用しているものを使っていただいで差し支えありません。事業所のおむつを使用した場合は、その実費を負担いただきます。
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、その実費をいただきます。

(3) キャンセル料

利用予定日の前日午後5時以降にサービス提供をキャンセルした場合は、食費等実費分の

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、食費等実費分のキャンセル料は不要とします。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)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。 山形銀行 上山支店 普通口座 0856258 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
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上山市、関係機関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	上山市健康推進課	電話番号 023-672-1111
--------	----------	-------------------

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で開催し、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。）を定期的で開催するとともに、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実施します。

18. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、次のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 体調不良等によりサービスを利用できなくなった際は、できる限り早めに事業所へご連絡ください。
- (3) 通所型サービスA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
 - ③事業所内での政治活動、宗教活動及び執拗な勧誘活動
 - ④金品の授受
 - ⑤食品の持ち込み
- (4) サービスの見直し
基本的な利用対象者像として「介助を要さない方」としてはいますが、身体状況の変化等により、介助が必要になった場合サービスの見直しを提案させていただきます。
また、利用に関して安全面には十分配慮していますが、転倒などの事故がおきた際は、責任を負いかねますので、ご了承くださいますようお願いいたします。
- (5) サービスの契約終了

以下の場合、この契約は終了します。

- ①契約期間満了日までに契約者から契約を更新しない旨の申し入れがあり、契約期間が満了となった場合
- ②利用者が要介護認定により要介護と判定された場合
- ③利用者が基本チェックリスト該当者でなくなった場合
- ④利用者の入院、もしくは病気等により、3か月以上にわたってサービスが出来ない状態が明らかな場合
- ⑤利用者が正当な理由なくサービスの中止をくり返した場合
- ⑥利用者が死亡した場合

19. 非常災害対策

非常時の被害を最小限にとどめるため、以下の対策を講じます。

- (1) 防火管理者には、事業所管理者を充てます。
- (2) 消火器等の非常災害設備は、常に有効に保持するよう保守点検に努めます。
- (3) 防火管理者は、施設職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - ①防火教育及び基本訓練（消火、通報、避難）…年2回以上

②利用者を含めた総合避難訓練…年1回以上

③非常災害用設備の使用方法的徹底

非常災害の発生時は、各関係機関へ迅速に連絡、連携をとり、利用者の安全を確保するとともに、従業者への周知を徹底します。

(4) その他必要な災害防止対策についても、必要に応じて対処する体制をとります。

令和 年 月 日

私は、上山市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスAの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 上山市社会福祉協議会デイサービスはやま

説明者職名

説明者氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、上山市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスAの提供開始に同意しました。

利用者住所

利用者氏名

印

代理人住所

代理人氏名

印