

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（現行相当） 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（現行相当） | |
| 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 | 要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

4. 提供するサービスの内容

通所型サービス（現行相当）は、事業者が設置する事業所（デイサービスはやま）に通っていただき、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 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 |
| 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 |
| 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 |

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、上山市介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業支給費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（現行相当）の利用料

【基本部分】

| 利用者の要介護度 | 介護予防通所介護費（1月につき） | | | | |
|----------|------------------|-------------------|--------|---------|------|
| | 基本利用料 ※（注1）参照 | 利用者負担金 ※（注2）参照 | | | 3割負担 |
| | | 1割負担 | 2割負担 | | |
| 要支援1 | 17,980円 | 1,798円 | 3,596円 | 5,394円 | |
| 要支援2 | 36,210円 | 3,621円 | 7,242円 | 10,863円 | |

（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、上山市介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業支給費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留意ください。

【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Ⅰ | 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 9.2% | 左記額の 1割 | 左記額の 2割 | 左記額の 3割 |
| サービス提供体制 強化加算Ⅱ1・Ⅱ2 | 当該加算の算定要件を 満たす場合 | 1月あたり 要支援1： 720円 要支援2： 1440円 | 要支援1： 72円 要支援2： 144円 | 要支援1： 144円 要支援2： 288円 | 要支援1： 216円 要支援2： 432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っていただいて差し支えありません。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ただきます。 |
| 尿取りパット | 20円 | |
| 平オムツ | 30円 | |
| 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. 虐待防止

事業者は、利用者等の人権擁護及び虐待防止のために、次の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の選定

| | |
|------------|--------|
| 虐待防止責任者の氏名 | 木村 知恵美 |
|------------|--------|

(2) 成年後見制度の利用支援

(3) 苦情解決体制の整備

(4) 従業者に対する虐待防止研修の実施

12. 秘密保持

| | |
|-----------------------|--|
| 利用者及びその家族に係る秘密の保持について | 事業者及び従業者は、サービスの提供にあたり知り得た利用者又は利用者の家族の秘密について、正当な理由がない限り、契約期間中及び契約期間終了後においても、第三者に漏らしません。 |
| 従業者による秘密保持の徹底について | 事業者は、従業者が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。 |

13. 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 山形県福祉サービス運営適正化委員会 | 電話番号 023-672-1111 電話番号 023-626-1755 |
|--------|---------------------------------|--|

14. 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のないよう必要な処置を講じます。

15. 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に開催し、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

16. 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。

17. 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。

18. 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。

19. 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。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。

20. 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、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）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) 利用者が要支援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、介護予防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、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援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) 利用者に係る地域包括支援センター又は、居宅介護支援事業者が作成する「介護予防サ

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、「介護予防通所介護計画」を作成します。なお、作成した「介護予防通所介護計画」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「介護予防通所介護計画」に基づいて行います。なお、「介護予防通所介護計画」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
 - 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

21. 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の徹底

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、指定介護予防通所介護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、指定介護予防通所介護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