

様

重要事項説明書

(指定地域密着型通所介護用) R6. 4. 1～

1 指定地域密着型通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	上島町
代表者氏名	上島町長 上村 俊之
所在地	愛媛県越智郡上島町弓削下弓削210番地

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	上島町魚島デイサービスセンター
介護保険指定 事業所番号	3873200863
事業所所在地	愛媛県越智郡上島町魚島1番耕地1367-2
連絡先 相談担当者名	電話番号：0897-74-1120 ファックス番号：0897-74-1130 生活相談員
事業所の通常の 事業の実施地域	上島町魚島
利用定員	10名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	介護保険法令にしたがって、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立した日常生活を営むことができるよう指定地域密着型通所介護を提供します。
運営の方針	要介護状態または要支援状態等になった場合、可能な限り居宅から通所により機能訓練及び必要な日常生活上の世話を行う事で、利用者の社会孤独感の解消や心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（祝日・年末年始は休み）
営業時間	8：30～17：15

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月・水・金（祝日・年末年始は休み）
サービス提供時間	9：30～16：00

(5) 事業所の職員体制

管理者	
-----	--

職	職 務 内 容	人 員 数	指定基準
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した指定地域密着型通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ指定地域密着型通所介護計画を交付します。 5 指定地域密着型通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	1名（兼務）	1名
生活相談員	1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排泄、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、指定地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	1名以上（専従）	1名
看護職員	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	1名以上（兼務）	1名
介護職員	1 指定地域密着型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	1名以上	1名
機能訓練指導員 （看護職員）	1 指定地域密着型通所介護計画に基づき、その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立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。	1名以上（兼務）	1名
調理員	1 昼食を調理します。	1名以上（兼務）	

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
通所介護計画の作成		1 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた指定地域密着型通所介護計画を作成します。 2 指定地域密着型通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 指定地域密着型通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します。 4 それぞれの利用者について、指定地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者居宅への送迎		事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いすまたは歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
レクリエーション	個別レクリエーション	個人の意思を尊重し、個別に趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
	集団レクリエーション	利用者の能力に応じて、歌唱や体操などを集団的に行うレクリエーションを提供します。

(2) 指定地域密着型通所介護従業者の禁止行為

指定地域密着型通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

サービス提供時間数	6 時間以上 7 時間未満	
	利用料 (1 日当り)	利用者負担額 (1 日当り)
基 本 単 位		
要介護 1	6, 7 8 0 円	自己負担額は介護 負担割合証に記載 された負担割合を 乗じた額
要介護 2	8, 0 1 0 円	
要介護 3	9, 2 5 0 円	
要介護 4	1 0, 4 9 0 円	
要介護 5	1 1, 7 2 0 円	
入浴介助加算	4 0 0 円	
送迎を行わない場合の減算 (片道につき)	△ 4 7 0 円	

サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び指定地域密着型通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る指定地域密着型通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに指定地域密着型通所介護計画の見直しを行ないます。

※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2 時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

4 その他の費用について

① キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日の午前 9 時までにご連絡いただけない場合	1 提供当りの料金の 1 割を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
② 食事の提供に要する費用	6 0 0 円	
③ レクリエーション材料費	個人負担	

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届けします。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の月末までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）利用者指定口座からの自動振替 （イ）現金支払い イ お支払いを確認しましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から３ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から１ヶ月以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除したうえで、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの提供にあたって

- (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、「指定地域密着型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「指定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、ご確認くださいようお願いします。
- (4) サービス提供は「指定地域密着型通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「指定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) 指定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ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

7 虐待の防止について

事業者は、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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者
虐待防止に関する担当者	生活相談員

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成します。

8 身体的拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得たうえで、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、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します。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持す
--------------------------	---

	るべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【主治医】

医療機関名：_____

主治医：_____

所在地：_____

電話番号：_____

【家族等連絡先】

氏名：_____

続柄：_____

住所：_____

連絡先：_____

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、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、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により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います。

市町村：上島町 健康福祉部 健康推進課 0897-76-3000

居宅介護支援事業者：

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	社会福祉法人 全国社会福祉協議会
保険名	施設の損害補償

12 心身の状況の把握

指定通所介護の提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービスまたは福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

13 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定地域密着型通所介護の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「指定地域密着型通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

14 サービス提供の記録

- ① 指定地域密着型通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15 業務継続計画の策定等

- ① 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- ② 感染症及び災害に係る研修を定期的(年1回以上)に行います。
- ③ 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

16 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（ 管理者 ）

- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：(毎年2回　5月・12月)

17 衛生管理等

- ① 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設立します。
- ② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- ③ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- ④ 従業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。
- ⑤ 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。

18 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

提供した指定地域密着型通所介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 上島町魚島デイサービスセンター 生活相談員	所 在 地：上島町魚島 1 番耕地 1367-2 電話番号：0897-74-1120 ファックス番号：0897-74-1130 受付時間：月～金 8:30～17:15（祝日・年末年始は休み）
【市町村（保険者）の窓口】 上島町 健康福祉部 健康推進課	所 在 地：上島町生名 621 番地 1 電話番号：0897-76-3000 ファックス番号：0897-76-2375 受付時間：月～金 8:30～17:15（祝日・年末年始は休み）
【公的団体の窓口】 愛媛県国民健康保険団体連合会	所 在 地：愛媛県松山市高岡町 101-1 電話番号：089-968-8800 ファックス番号：089-965-3800 受付時間 月～金 9:00～17:00（祝日・年末年始は休み）

19 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------

上記内容について、「上島町魚島デイサービスセンター（通所介護事業所）運営規程」に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所 在 地	愛媛県越智郡上島町弓削下弓削 2 1 0 番地	
	法 人 名	上島町	
	代 表 者 名	上島町長 上村 俊之	印

	事業所名	上島町魚島デイサービスセンター	
	説明者氏名	生活相談員	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	愛媛県越智郡上島町魚島 番耕地	番地
	氏名		印

代理人	住所	
	氏名	印