# 「指定通所介護」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。
（兵庫県指定　第 2873001206 号）

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。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通り説明します。

※　当サービスの利用は、原則として介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇


1.事業者
2.事業所の概要
3.職員の配置状況
4.当事業所が提供するサービスと利用料金
5.秘密保持と個人情報の保護について
6．緊急時の対応方法について
7．苦情の受付について
8．事故発生時の対応について
9．感染症対策
10. 業務継続計画の策定
11. 高齢者虐待防止について
12. 身体拘束その他行動を制限する行為の原則禁止



社会福祉法人　　平成会
指定通所介護事業所　西長洲荘

## １．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　平成会

（２）法人所在地　　兵庫県尼崎市西長洲町３丁目３番 20 号

（３）電話番号　　０６－６４８３－５５１０

（４）代表者名　　理事長　　南　　正道

## ２．事業所の概要

（１）事業所の種類　　指定通所介護事業所・平成１２年６月３０日指定
兵庫県　第２８７３００１２０６号
※当事業所は特別養護老人ホーム西長洲荘に併設されています。

（２）事業所の目的　　介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、通所介護サービスを提供します。

（３）事業所の名称　　西長洲荘デイサービスセンター

（４）事業所の所在地　　尼崎市西長洲町３丁目３番 20 号

（５）電話番号　　０６－６４８３－５５２５

（６）事業所長（管理者）氏名　　関山　庄司

（７）等事業所の運営方針

１　事業所職員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護等、日常生活上必要な世話を行う。

２　事業の実施にあたっては、関係市町村地域の保険・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

（８）開設（サービス開始）年月　　平成１２年６月３０日

（9）事業所が行っている他の事業

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

| | | |
|---|---|---|
| 特別養護老人ホーム | 兵庫県 | 第２８７３０００７１１号 |
| 短期入所生活介護 | 兵庫県 | 第２８７３００１１４９号 |
| 居宅介護支援事業 | 兵庫県 | 第２８７３００１１９８号 |
| 福祉用具貸与 | 兵庫県 | 第２８７３００３７５６号 |
| 地域包括支援センター | 尼崎市 | 第２８０３０００００５４号 |

(10) 通常の事業実施地域　　別紙運営規程のとおり（尼崎市内全域）

(11) 営業日及び営業時間

| | |
|---|---|
| 営　業　日 | 月～日　12/30～1/3 のみ休業 |
| 受付時間 | 月～日　祝日　　8:30～17:30 |
| サービス提供時間帯 | 月～日　祝日 9：20～16:30(事業内容により変更あり) |

(12) 利用定員　　通常規模型(介護予防通所含)　　50 人

## ３．　職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として､以下の職種の職員を配置しています。

**＜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。

| 職　種 | 通常規模 | | |
|---|---|---|---|
| | 常勤 | 非常勤 | 指定基準 |
| １．管理者（介護職兼務） | １人 | | 1 |
| ２．介護職員 | 9 人 | ２人 | 8 |
| ３．生活相談員（介護職兼務） | ４人 | | 1 |
| ４．看護職員 | １人 | １人 | （1） |
| ５．機能訓練指導員 | ２人 | ０人 | 1 |
| ６．送迎員 | ／ | ３人 | ／ |
| ７．管理栄養士 | ／ | | ／ |

**＜主な職種の勤務体制＞**

| | |
|---|---|
| １．介護職員 | 8:30～17:30<br>職員１名あたり利用者４～５名のお世話をします。 |
| ２．看護職員 | 8:30～17:30 |
| ３．機能訓練指導員 | 8:30～17:30 |

## ４． 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。
事業所が提供するサービスについて

| |
|---|
| （１） 利用料金が介護保険から給付される場合<br>（２） 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。 |

**介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第 4 条参照）**

以下のサービスについては、各利用者様の負担割合に応じた額が介護保険から　給付されます。

**＜サービスの概要＞**

① 食事　（居宅サービス計画において食事の提供が予定されている方）
　食費は別途いただきます。　　（昼食：850 円）

- 当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立により、栄養並びにご契約者の身体の状況を考慮した食事を提供します。
- ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）　　１２：００～１３：００

② 入浴

- 入浴または清拭を行います。車いす使用の方でも浴室用チェアー使用してリフト入浴することができます。

③ 排泄

- ご契約者の心身の状況に応じて、適切な排泄介助を行います。

④ 機能訓練

- 機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎サービス

- ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

**＜サービス利用料金（1 回あたり）＞**（契約書第 8 条または第 10 条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

○　通所介護：通常規模　（1 日あたり）　※送迎あり

＊通所介護費

| 区分 | 要介護度 | 単位 | 利用料（介護報酬総額） | 保険請求額（9割） | 利用者負担額 | 保険請求額（8割） | 利用者負担額 | 保険請求額（7割） | 利用者負担額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7時間以上8時間未満 | 要介護１ | 658 | 6,876 | 6,188 | 688 | 5,500 | 1,376 | 4,813 | 2,063 |
| | 要介護２ | 777 | 8,119 | 7,307 | 812 | 6,495 | 1,624 | 5,683 | 2,436 |
| | 要介護３ | 900 | 9,405 | 8,464 | 941 | 7,524 | 1,881 | 6,583 | 2,822 |
| | 要介護４ | 1023 | 10,690 | 9,621 | 1,069 | 8,552 | 2,138 | 7,483 | 3,207 |
| | 要介護５ | 1148 | 11,996 | 10,796 | 1,200 | 9,596 | 2,400 | 8,397 | 3,599 |

算定加算

| 加算名称 | 単位 | 利用料（介護報酬総額） | 保険請求額（9割） | 利用者負担額（1割） | 保険請求額（8割） | 利用者負担額（2割） | 保険請求額（7割） | 利用者負担額（3割） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入浴介助加算（Ⅰ） | 40 | 418 | 376 | 42 | 334 | 84 | 293 | 125 |
| 中重度者ケア体制加算 | 45 | 470 | 423 | 47 | 376 | 94 | 329 | 141 |
| ＡＤＬ維持加算（Ⅰ） | 30 | 313 | 281 | 32 | 250 | 63 | 219 | 94 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 | 418 | 376 | 42 | 334 | 84 | 293 | 125 |
| サービス提供強化加算（Ⅰ） | 22 | 229 | 206 | 23 | 183 | 46 | 160 | 69 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ | 所定単位数の 12.0% | | | | | | | |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 | | | | 所定単位数の 3% | | | | |

所定単位数・・・基本ｻｰﾋﾞｽ費に各種加算・減算を加えた総単位数

個別算定

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ | 56 | 585 | 526 | 59 | 468 | 117 | 410 | 176 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 20 | 209 | 188 | 21 | 167 | 42 | 146 | 63 |
| 認知症加算 | 60 | 627 | 564 | 63 | 501 | 126 | 439 | 188 |

＊　上記の加算につきましては、個々での提供となっている為、該当された方のみの算定となります。また、認知症加算はⅢa 以上（主治医意見書参照）の利用者様が対象となります。

但し、ご契約者に提供する食費に係る費用は別途いただきます。（1 食：850 円）

☆　介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆　ご契約者がまだ要介護認定をうけていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

**（２）　介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条参照）**

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

**＜サービスの概要と利用料金＞**

① 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービスの利用料金の全額がご契約者の負担となります。

② 食費

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：1 回あたり 850 円

※　但し、特別食（ご希望者）については、別途追加料金が必要です。

③ 嗜好品代（コーヒー、ジュース代）

希望者のみ　1 杯につき　　50 円

④ 通常の事業実施区域以外への送迎

通常の事業実施区域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、要した距離に応じた実費をいただきます。

⑤ レクリエーション、制作、クラブ活動

ご契約者の希望により、レクリエーションや作品制作、おやつ作り、陶芸教室等のクラブ活動に参加していただくことができます。

料金：材料費等の実費をいただきます。

⑥ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき　　25 円

⑦ 理髪サービス

月に 1 回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

料金：1 回あたり　実費

⑧ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

（おむつ代、個人の処置に係る消耗品等）

☆　経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２ヶ月前までにご説明します。

**（３）　利用料金のお支払い方法（契約書第８条または第 10 条参照）**

お支払い方法は、サービス利用月分（１ヶ月分）をまとめて請求させていただき、サービス利用翌月２０日までに請求書を発行（請求書発送）し、利用者の

指定金融機関から自動引き落とし（毎月２７日（土・日曜・祝日の場合は翌営業日））させていただきます。
自動引き落としするために、預金口座振込依頼書にご記入願います。
自動引き落としを確認しましたら、領収書を発行いたします。

**（4）　利用の中止、変更、追加（契約書第 9 条または第 11 条参照）**

○　利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

○　サービスの利用・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

## ５．秘密の保持と個人情報の保護について

**（1）利用者及びそのご家族に関する秘密の保持について**

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

**（2）　個人情報の保護について**

事業者はあらかじ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、ご利用者のご家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議でご利用者のご家族の個人情報を用いません。

## ６．緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医に連絡するとともに、あらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

| | | |
|---|---|---|
| 主治医 | 利用者の主治医<br>所属医療機関名称<br>所在地・電話番号 | |
| 家族等 | 緊急連絡先の家族等<br>住所<br>電話番号 | |

## ７．苦情の受付について

苦情又は相談があった場合は、利用者の状態を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。受付担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

### （1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

生活相談員　　大津　香織
電　　話　　０６－６４８３－５５２５

○受付時間　　毎週 月曜日 ～日曜日
８：３０～１７：３０（ 不在の場合、サービス担当者が対応 ）

○苦情解決責任者　　管　理　者　　関山　庄司

○第三者委員

| | | |
|---|---|---|
| 山本　紀子 | (06) [redacted] | 西長洲荘（06）6483-5510 |
| 小西　順子 | (06) [redacted] | 西長洲荘（06）6483-5510 |
| 中村　恵子 | (06) [redacted] | 西長洲荘（06）6483-5510 |

※ホームページ上では、個人情報保護の観点から第三者委員の電話番号を掲載しておりません。

※第三者委員への連絡をご希望の方は、西長洲荘までお問い合わせください。

### （2）行政機関その他苦情相談機関

| | |
|---|---|
| 【市町村の窓口】<br>尼崎市役所<br>健康福祉局介護保険事業担当課 | 所 在 地　兵庫県尼崎市東七松町１－２３－１<br>電話番号　０６－６４８９－６３５０<br>FAX 番号　０６－６４８９－６３２９<br>受付時間　月～金曜　午前９時～午後５時 |
| 【公的団体の窓口】<br>兵庫県国民健康保険団体連合会<br>介護福祉課苦情相談係 | 所在地　兵庫県神戸市中央区三宮町１－９－１<br>１８０１号<br>電話番号　０６－６９４９－５６８２<br>FAX 番号　０６－６９４９－５４１７<br>受付時間　月～金曜　午前９時～午後５時 |

## ８．事故発生時の対応について

事業者は、サービス提供が原因で事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、及び居宅支援事業所等に対し連絡を行うなど必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った介護予防通所介護の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

## ９．　感染症対策

①従事者の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます

②施設内での感染症発生の予防及びまん延を防ぐため、次の対策を講じます。

・感染症対策の指針を整備します。

・感染症対策委員会を毎月開催します。

・従業者に対して定期的に研修及び訓練を実施します。

・感染症が発生した場合は、臨時感染症対策委員会を速やかに開催し、情報収集及び感染予防対策を講じます。必要に応じて保健福祉センターに連絡相談を行います。

## １０．　業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時に、利用者に事業を継続的に実施するために次の措置を講じます。

・業務継続計画を策定します。

・従業者に対する業務継続計画の周知、定期的な研修及び訓練を実施します。

・定期的な業務継続計画の見直しを及び変更を行います。

## １１.高齢者虐待防止について

施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に揚げるとおり必要な措置を講じます。

（１）　虐待防止の指針を整備し委員会を開催します。定期的な研修を通じて、従業員の人権意識知識や技術の向上に努めます。

（２）個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

（３）従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

（４）虐待防止の責任者及び担当者を以下に定め、虐待防止の体制を整備します。

・虐待防止対応責任者　　関山　庄司

・虐待防止対応担当者　　大津　香織

## １２.身体的拘束その他行動を制限する行為の原則禁止

入所者の生活の質を高めるべく生活支援の充実を図り、入所者の意志及び人格を尊重するため、緊急やむを得ない場合を除いては身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行いません。緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、できる限り事前に本人（本人が判断できる状態にないと考えられる場合は家族等）の了解を得るように致します。

令和　　年　　月　　日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者
所在地　　兵庫県尼崎市西長洲町３－３－２０
名　称　　社会福祉法人「平成会」
特別養護老人ホーム　西長洲荘
代表者　　理事長　　南　正道

説明者　　所　属　西長洲荘デイサービスセンター
氏　名

私は本書面により、事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者　　住　所

氏　名

署名代行者（契約者本人の契約意思を確認し、契約者本人に代わり署名を行いました。）

住　所

氏　名

契約者との続柄

身元引受人兼連帯保証人

住　所

氏　名

契約者との続柄