

重要事項説明書

(錦苑デイサービスセンター 通所型サービスタイプ1)

あなたに対する通所型サービスタイプ1提供開始にあたり、岩国市通所型サービスタイプ1の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱第7条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	錦福社会		
法人所在地	山口県岩国市錦町広瀬758番地		
法人種別	社会福祉法人	代表者名	理事長 石井 忍
電話番号	0827-72-3523		

介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	岩国市から指定を受けている例に第1号事業の種類
錦苑デイサービスセンター (山口県 3577200326号)	通所型サービスタイプ1
利用定員	30人

2. ご利用施設

施設の名称	錦苑デイサービスセンター		
施設所在地	山口県岩国市錦町広瀬758番地		
事業種別	通所型サービスタイプ1	管理者氏名	中村 明美
電話番号	0827-72-3523		
FAX番号	0827-72-3562		

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	本事業所は、要支援状態又は事業対象者である、利用者が居宅においてその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常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、サービスを提供します。
運営方針	本事業所の通所型サービスタイプ1従事者は、要支援状態等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、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の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るよう努めます。 本事業所の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 本事業所は、利用者の人権擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

4. 施設の概要

錦苑デイサービスセンター

敷地	16778.54㎡			
建物	構造	鉄筋コンクリート造平屋建て(耐火建築)		
	延べ床面積	333.7㎡		
設備	食堂・機能訓練	136.16㎡		
	浴室(普通浴)	15.66㎡		
	浴室(特浴)	27.04㎡		
	相談室	31.02㎡		
備品等	特殊浴槽	1台	リフト付き車両	1台
	温熱治療器	2台	普通自動車	2台
	ベット	2台	軽自動車	6台
	血圧計	4台		
	テレビ	1台		
	カラオケセット	1セット		

5. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	区分				員数	保有資格
	常勤		非常勤			
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者		1			1	介護福祉士、介護支援専門員
生活相談員		1		4	5	介護福祉士5名 介護支援専門員 1名
介護職員	3		8	4	15	介護福祉士9名 社会福祉士1名 介護支援専門員1名
看護職員				4	4	准看護師3名 看護師1名
機能訓練指導員				4	4	准看護師3名 看護師1名

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務
生活相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務
介護職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務
介護職員	正規の勤務時間帯(8:15~17:00)非常勤で勤務
看護職員	正規の勤務時間帯(8:45~17:00)非常勤で勤務

7. 営業時間

営業日	毎日(年末年始12/31~1/2を除く)
営業時間	午前8時30分より午後5時30分までとします。
提供時間	午前9時25分より午後3時35分までとします。

8. 通所介護サービスの概要

(1)通所型サービスタイプ1

種類	内容								
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養とお客様の身体状況に 配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 ・個人の嗜好、アレルギー等の状況などに応じて可能な範囲での代替食を提供します。 <p>食事時間: 昼食11時30分~12時20分</p>								
入浴清拭	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日入浴できるものとします。 ・利用者の心身の状態等に応じて、また、利用者個人のプライバシーを尊重の上、適切な方法により、入浴の援助を行います。 ・入浴設備は、特殊浴槽と一般浴槽があります。 ・利用者の心身の状態等によっては、清拭及び部分浴(洗髪 陰部・足部洗浄をいう)も行います。 								
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 								
送 迎	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の車両により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。 ※乗車地点・乗車するまでの介助等、詳細については、ご相談ください。 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="4">送迎時の自宅到着時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>約</td> <td>時</td> <td>分頃</td> <td>送り</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・天候等の理由で多少時間のずれが生じる場合があります。 	送迎時の自宅到着時間				約	時	分頃	送り
送迎時の自宅到着時間									
約	時	分頃	送り						

機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状態等に応じ、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、又その減退を防止するための訓練を行うことができます。 ○車椅子 6 ○歩行器 5 ○押し車 12 ○休足日 足浴 マッサージ ホットマグナー 健康器具
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧・体温等の健康チェックを行い、常にご利用者の健康状態に注意し、日常の健康の保持のために適切な措置をとり、必要に応じてその記録を保存します。 (当施設の協力医療機関) 機関名 : 岩国市立錦中央病院 医療科 : 内科・外科・耳鼻科・眼科・整形外科・脳外科 緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引継ぎます。
相談	<ul style="list-style-type: none"> ・当センターでは、利用者及びご家族からのいかなるご相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 ・管理者に、ご相談下さい。 また、当センターでは、相談窓口として福祉サービス相談委員会を設置し、第三者の委員により随時、ご相談を受け付けております。

(2) サービス実施地域

岩国市・周南市須金地区

9. サービス利用料金

(1) 通所型サービスタイプ1利用料(「負担割合証」に応じた額)・・・(1割又は2割又は3割の額)
下記の料金表によって、利用者の要支援度に応じた金額(自己負担)をお支払いください。

◎基本サービス費

サービス提供区分	基本単位/月 (A)	自己負担額		
		(A)の1割	(A)の2割	(A)の3割
要支援1 事業対象者 (週1回程度)	16,720 円	1,672 円	3,344 円	5,016 円
要支援2 事業対象者 (週2回程度)	34,280 円	3,428 円	6,856 円	10,284 円

※新型コロナウイルス感染症に対応するための特例として、令和3年9月30日までの間、基本報酬に0.1%を乗じた額が上乘せされます。

◎各種サービス加算(要支援度による区分なし)

加算	単位数 (A)	自己負担額			算定回数等
		(A)の1割	(A)の2割	(A)の3割	
㊦ 生活機能向上グループ活動加算	1,000 円	100 円	200 円	300 円	1カ月に1回
㊧ 要支援1 事業対象者 (週1回程度)	880 円	88 円	176 円	264 円	1カ月に1回
㊨ 要支援2 事業対象者 (週2回程度)					
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)					
ニ 要支援1 事業対象者 (週1回程度)	720 円	72 円	144 円	216 円	1カ月に1回
ホ 要支援2 事業対象者 (週2回程度)	1,440 円	144 円	288 円	432 円	
㊩ 科学的介護推進体制加算	400 円	40 円	80 円	120 円	1カ月に1回
㊪ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(基本サービス費 + 各種該当の加算) × 9.2%				

(2)通所型サービスタイプ1第1号事業支給費の支給対象外サービスの利用料

食事提供に要する費用	620 円	1食あたり(おやつ代含む)
おむつ代	実 費	用途に応じた製品
日常生活費	実 費	日常生活に要する費用でご利用者にご負担いただくことが適当であるもの

あなたの自己負担分は、 1ヶ月合計 約 円程度です。

○ 限度額内のサービスのうち、高額介護サービス費に該当する場合は、償還払いで給付されます。

○ 錦福祉会が行う生活困窮者に対する減免

市町村民税世帯非課税者であって、次の要件を満たす方のうち、その方の収入や世帯状況利用料負担等を総合的に勘案し、生活が困難であるとし、市町村が認めた方を対象とします。

< 対象者の要件 >

- ① 年間収入が、単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円加算した額以下であること。
- ② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯主が1人増えるごとに100万円加算した額以下であること。
- ③ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- ④ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- ⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

☆ 減免の程度は、利用者負担金の1/4(25%)、
老齢福祉年金受給者の方は1/2(50%)を原則とします。

(3)利用をキャンセルされた場合の取扱い

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出があった場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただきます。但し、ご利用者の体調不良等やむを得ない事由がある場合は、キャンセル料は請求しません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	食事代620円

連絡先 ; 080-2924-6360 管理者 中村 明美

10. 利用者負担金のお支払い方法

* 利用者が負担される費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月の26日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい、

* 1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

(1)金融機関口座からの自動引落とし

- * ご利用できる金融機関
- ・ 山口銀行 各支店
 - ・ 各地の郵便局

(2)指定口座への振りこみ

- ・ 山口銀行広瀬支店 普通預金 102908
- (名義) 社会福祉法人 錦福祉会
- 錦苑 理事長 石井 忍

(3)現金でお支払いの場合

利用料金・費用をその都度お支払いいただいた場合は、必ず領収書を発行いたします。

11. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当事業所職員がお伺いいたします。

通所型サービスタイプ1支援計画書作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

- * 介護予防サービス計画の作成を依頼している方は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了

① 家族のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

但し、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間1週間以内の通知でもこの契約を解約する事ができます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・利用者の要支援認定区分が、「非該当」と判定され、介護予防マネジメントの基本チェックリストを実施していない場合
- ・利用者の認定区分が要介護1～5と認定された場合
- ・利用者が死亡された場合

④ その他

以下の場合、直ちに契約を解約する事ができます。

- ・事業者が正当な理由がなくサービスを提供しない場合
- ・事業者が守秘義務に反した場合
- ・事業者がお客様やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が破産した場合
- ・利用者のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず、相当期間内に支払われない場合
- ・利用者又はその家族が事業者やサービス従業者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

12. 相談並びに苦情の受付について

(1) 相談・助言に関すること

- ・生活・身上・介護に関する相談・助言
- ・住宅改良に関する相談・助言
- ・その他必要な相談・助言

- * 利用者及びその家族からいかなる相談についても誠意を持って可能な限り援助を行うように努めます。

(相談窓口：管理者 中村明美)

(2) 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 担当者氏名： 中村 明美

(管理者) 72-3523

○受付時間 毎週 日曜日～土曜日 8時30分～17時30分

○苦情解決責任者 担当者氏名： 中村 美鈴

(錦福社会 理事) 72-3523

○受付時間 毎週 月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

(3) 外部苦情申立て機関 岩国市福祉部福祉政策課 指導監査室

(電話)0827-29-5072

(FAX)0827-22-0928

山口県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談係

(電話)083-995-1010

山口県健康福祉部 長寿社会課

(電話)083-933-2774

山口県岩国健康福祉センター 保健福祉・総務室

(電話)0827-29-1522
山口県福祉サービス運営適正化委員会
(電話)083-924-2837
岩国市岩国第五地域包括支援センター
(電話)0827-71-0055

- (4) 第三者委員 木原敬子 (元保健師) 0827-72-3643
大黒屋ゆり子 (民生委員) 0827-21-2772

* 詳細は、社会福祉法人錦福社会 福祉サービス相談委員会設置規程に記載

13. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、利用者に対して、サービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- | |
|---|
| ① 事業者及びサービス従業者は、サービスの提供にあたってご利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮するものとします。 |
| ② 事業者及びサービス従業者は、笑顔でやさしく心から対応します。 |
| ③ 事業者は、サービス実施日において、介護・看護職員によりお客様の体調・健康状態からみて必要な場合には、ご利用者又はその家族からの聴取・確認の上で訪問介護サービスを実施するものとします。 |
| ④ 事業者は、サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師・医療機関への連絡体制の確保に努めるものとします。 |
| ⑤ 事業者は、ご利用者に対する訪問介護サービスの実施について記録を作成し、それを5年間保管し、ご利用者又は代理人の請求に応じてこれを閲覧、又は複写物を交付するものとします。 |

14. 緊急時の対応方法

- (1) 利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
(2) 緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	所在地	
	電話番号	

15. 協力医療機関

医療機関名	岩国市立錦中央病院
所在地	山口県岩国市錦町広瀬
電話番号	0827-72-2321
診療科	内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科、脳外科
入院設備	有り
救急指定の有無	有り

16. 秘密保持

- (1) 事業所及びサービス従業者は、サービスを提供する上で利用者及び家族に関する秘密を正当理由なく第三者に漏らしません。なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。
(2) 事業者は、下記の「1)使用目的」「2)使用にあたっての条件」を満たす場合は、利用者及びその家族の個人情報を提供できるものとします。
- 1) 使用目的
- ① 利用者の介護予防サービス計画を立案し、円滑にサービス提供を行うために開催するサービス担当者会議における情報提供。
 - ② 介護支援専門員、サービス事業者との連絡調整において必要となった場合。
 - ③ サービス提供に関して主治医又は保険者の意見を求める必要のある場合。
- 2) 使用にあたっての条件
- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、関係する者以外の者に漏れることのないよう十分注意する。
 - ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて詳細に記録する。

17. 身体拘束その他の行動制限

- (1) 事業所は、サービス提供にあたり、利用者または、他の施設利用者等のベッドに胴や四肢を縛る、上肢を縛る、ミトン型の手袋をつける、腰ベルトやY字型抑制をつける、居室の鍵をつける、向精神薬を過度に使用する等の方法による身体拘束及びその他ご利用者の行動を制限しません。
- (2) 事業者が利用者に対し、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合にはその状態及び時間、その他利用者家族に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、経過等を記録します。

18. 事故発生時の対応について

- (1) 事故発生(発見)直後は、緊急搬送の要請など、利用者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
- (2) 利用者の生命・身体の安全性を確保したうえで、速やかにご家族、当該利用者に係る居宅介護事業支援者等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。その時点で明らかになっている範囲で事故の状況をご説明し、当面の対応を協議致します。
尚、事故の内容のよっては、事故現場等を保存し、更に、市町村等関係機関への連絡を行います。
- (3) 事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (4) 事故に至る経緯、事故の対応、事故後の原因等を整理・分析します。
- (5) 利用者やご家族に対し、(4)の結果の基づいて、事故に至る経緯その他の事情をご説明致します。
- (6) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (7) 利用者に対するサービス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。

19. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- (2) 利用者は、事業所内の機械及び器具を使用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- (3) 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (4) 従業員に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

20. 非常災害対策

事業所は、非常災害その他の事態に備え、必要な設備を備えると共に、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業員等の訓練を行います。

また、訓練を実施するにあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

(防火管理者 中村 明美)

21. 虐待の防止

利用者の人権擁護、虐待防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定め、虐待を早期に発見できるように努め、虐待が発生した場合には、通報、対応、再発防止を適切に行います。

22. 事業継続計画(BCP)の策定

感染症や災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に行うなどの措置を講じます。

23. 感染症の予防及び蔓延の防止

感染症の予防及び蔓延防止の徹底を図るために、委員会の開催、指針の整備、研修・訓練の実施に取り組みます。

24. ハラスメント対策

ハラスメント対策(セクシャルハラスメント・パワーハラスメント・カスタマーハラスメント)に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組みます。

令和 年 月 日

通所型サービスタイプ1でのサービスの提供開始にあたり、本書面に基づき、重要事項の説明を行います。

通所型サービスタイプ1事業所

説明者職名 氏名 _____

私たちは、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所型サービスタイプ1のサービスの提供開始に同意しました。

また、第16項による、私、及びその家族の個人情報の使用について同意します。

契約者兼利用者(署名代行: 有 ・ 無)

氏名 _____

身元引受人 (利用者との関係:)

氏名 _____

家族代表者 ※家族代表が代理人と同一の場合は、記入は不要です。

氏名 _____