

地域密着型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。
小諸市指定元高福第750号

当事業所は、ご利用者に対して地域密着型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・契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

*当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「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	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業の実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 緊急時等における対応方法	5
7. 虐待の防止について	5
8. 衛生管理等について	5
9. 業務継続計画の策定等について	5
10. ハラスメント対策について	6
11. 苦情の受け付けについて	6
12. サービス利用にあたっての留意事項	6

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 愛灯園
- (2) 法人所在地 長野県小諸市宇高峯己1番地
- (3) 電話番号 0267-22-8177
- (4) 代表者氏名 理事長 細谷 正明
- (5) 設立年月日 昭和48年 8月 3日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 地域密着型通所介護事業所
小諸市指定 元高福第750号
介護保険事業所番号 2070800137
- (2) 事業所の目的
要介護状態等ある高齢者に対し、ご利用者の意志及び人格を尊重し、ご利用者の立場に立った適切な介護サービスを提供することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 通所介護事業所 愛灯園 (デイサービスセンター 愛灯園)
- (4) 事業所の所在地 長野県小諸市己字高峯143番地1

(5) 電話番号 0267-24-0056

(6) 管理者氏名 細谷 正明

(7) 事業所の運営方針

①ご利用者が要介護状態となった場合でも、居宅において能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう、日常生活上の介護及び機能訓練を行うことにより、社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持を図り、ご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

②ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスを提供します。

③関係市町村・指定居宅介護支援事業者・地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を密にして、総合的なサービスが提供できるよう努めます。

(8) 開設年月日 平成 2年 3月 1日

(9) 利用定員 15名 (平成25年10月 1日より)

3. 事業の実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 小諸市内全域 (市外については相談に応じます)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日・火曜日・水曜日・金曜日・土曜日 (但し、年末年始 12/31～1/3 を除く)
受け付け時間	月曜日・火曜日・水曜日・金曜日・土曜日 午前 8:30～ 午後 5:30 (但し、年末年始 12/31～1/3 を除く)
サービス提供時間	月曜日・火曜日・水曜日・金曜日・土曜日 午前 8:30～ 午後 5:30 (但し、年末年始 12/31～1/3 を除く)

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して地域密着型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	指定基準	常勤換算
1. 管理者	1.0	1名
2. 介護職員	1.0以上	1名以上
3. 生活相談員	1.0以上	1名
4. 看護職員	1.0以上	1名

機能訓練指導員：看護職員が兼務

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所に

おける常勤職員の所定勤務時間数 (例：週40時間) で除した数です。

(例) 週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、

1名 (8時間×5名÷40時間=1名) となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間 午前 8:30～ 午後 5:30
2. 看護職員	勤務時間 午前 8:30～ 午後 5:30

3. 機能訓練指導員	看護職員が兼務 午前8:30～午後 5:30
------------	------------------------

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金が全額ご利用者に負担していただく場合 |
|--|

があります。

(1) 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、利用料金の大部分 (通常7～9割) が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

食事	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂等にて食事をとっていただくことを原則としています。 (昼食時間) 午後12:15 ~ 午後 1:00 (但し、治療食の提供に要する費用は別途いただきます。)
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴又は清拭を行います。 ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の排泄の介助を行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・安全運転に心掛け、ご利用者の自宅まで送迎いたします。

〈サービス利用料金〉 (契約書第6条及び重要事項説明書別紙参照)

- ・別紙の料金表によって、ご利用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) と食費等の合計金額をお支払いください。

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定をうけた後、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)。又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、ご利用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。

- ・ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記の(2)①参照)
- ・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、ご利用者の負担額を変更します。

(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、第6条参照)

- ・以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの利用料金〉

食費	1食あたり @700円 (おやつ代含む)
----	----------------------

送迎費用	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の事業の実施地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、お住まいと当事業所との送迎費用として、下記の料金をいただきます。 ・利用料金：1 kmあたり @15円
延長料金	<ul style="list-style-type: none"> ・15時30分以降ご利用者・ご家族等の都合で延長利用される場合は、延長料金として下記の料金をいただきます。 ・利用料金：30分まで @200円 その後：15分ごと @150円
レクリエーション・クラブ活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 ・利用料金：材料代等の実費をいただきます。
複写物の交付	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者は、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、実費をご負担していただきます。 ・利用料金：1枚につき @15円
日常生活上必要となる諸費用実費	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担していただくことが適当であるものに係る費用を負担していただきます。 ・オムツ代：1枚 90円 ・バスタオル代：1枚 50円 ・パット代：1枚 30円 ・リハビリパンツ代：1枚 70円

- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払わない場合があります。その場合は、一旦1日当たりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日小諸市の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。
- ・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。その場合には、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6条参照）

- ・前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア. 下記の指定口座への振り込み	
銀行名	八十二銀行 小諸支店
口座番号	普通預金 351-706858
口座名義	社会福祉法人 愛灯園 通所介護事業所 愛灯園 所長 細谷 正明
イ. 現金で支払う	
サービス利用時に持参、又は事業所事務所窓口で支払う	

(4) 利用日の中止・変更・追加（契約書第7条参照）

- ・利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たに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当事業所に申し出てください。

- ・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をされた場合、取り消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用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。

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	当日の利用料金の 10～30% (自己負担相当額)

- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により、ご利用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利用者に提示して協議します。

6. 緊急時等における対応方法

- ・事業所の職員は、事業を実施中に利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は速やかに緊急事態に対するための連絡カードに基づきご家族、協力医療機関へ連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者及生活相談員に報告します。
- ・協力医療機関：浅間南麓こもろ医療センター
- ・管理者は、報告を受けた場合は、必要に応じて家族・市町村へ報告を行います。

7. 虐待の防止について

- ・当事業所では、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。
- ・事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ・事業所の職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けた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。
- ・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。
- ・事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。 役職：管理者 氏名：細谷正明

8. 衛生管理等について

- ・職員等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
- ・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。
- ・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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底しています。
- ・業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ・職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

9. 業務継続計画の策定等について

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所サービスの提供を継続的に実施するための及び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従って必要な措置を講じます。
- ・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。
- ・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。

10. ハラスメント対策について

- ・事業所は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。
- ①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、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（及ぼされそうになった）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、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

11. 苦情の受け付けについて（契約書第20条）

(1) 当事業所における苦情の受け付け

- ・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。
 - 苦情解決責任者 [管理者] 細谷 正明
 - 苦情受け付け窓口 [担当者・職名] 関口 貴文（生活相談員）
 - 受け付け時間 月曜日・火曜日・水曜日・金曜日・土曜日
午前 8：30 ～ 午後 5：30

又、苦情受け付けボックスを玄関前に設置します。（目安箱を使用）

(2) 行政機関その他苦情受け付け機関

小諸市役所 高齢福祉課	所在地 長野県小諸市相生町 3-3-3 電話番号 22-1700 (内線 2134~2136) 受付時間 午前 8：30 ～ 午後 5：15
小諸市地域 包括支援センター	所在地 長野県小諸市与良町 6-5-1 野岸の丘福祉総合センター 小諸市社会福祉協議会内 電話番号 26-2250 受付時間 午前 8：30 ～ 午後 5：15
国民健康保険団体連合会	所在地 長野市西長野字加茂北 143-8 電話番号 026-238-1580 受付時間 午前 9：00 ～ 午後 5：00
長野県社会福祉協議会	所在地 長野県長野市中御所岡田98-1 電話番号 0120-28-7109 受付時間 午前 9：00 ～ 午後 5：00

12. サービス利用にあたっての留意事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証を提示してください。
- ・施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じ

た場合、弁償していただく場合があります。

- ・決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・現金などの貴重品の持参はご遠慮ください。もし持参された場合は、職員にお申し出いただくか、自己の責任で管理してください。
- ・施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

地域密着型通所介護サービス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。

通所介護事業所 愛灯園

説明者職名

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、地域密着型通所介護サービスの提供の開始に同意します

令和 年 月 日

利用者住所

利用者氏名

印

ご家族住所

ご家族氏名

印

(代理人)

重要事項説明書別紙

①基本料金 1回あたり地域密着型通所介護費（所要時間 6時間以上7時間未満の場合を適用）

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		6,780 円	8,010 円	9,250 円	10,490 円	11,720 円
2. うち介護保険から 給付される金額	9割	6,102 円	7,209 円	8,325 円	9,441 円	10,548 円
	8割	5,424 円	6,408 円	7,400 円	8,392 円	9,376 円
	7割	4,746 円	5,607 円	6,475 円	7,343 円	8,204 円
3. 自己負担額	1割	678 円	801 円	925 円	1,049 円	1,172 円
	2割	1,356 円	1,602 円	1,850 円	2,098 円	2,344 円
	3割	2,034 円	2,403 円	2,775 円	3,147 円	3,516 円

②入浴介助加算 1日1回

		入浴介助加算 (Ⅰ)	入浴介助加算 (Ⅱ)
		400 円	550 円
介護保険から給付される金額	9割	360 円	495 円
	8割	320 円	440 円
	7割	280 円	385 円
自己負担額	1割	40 円	55 円
	2割	80 円	110 円
	3割	120 円	165 円

入浴介助加算（Ⅰ）：入浴介助を適切に行なうことができる人員及び設備を有し、入浴介助に関わる職員に対し入浴介助に関する研修を行なった上で入浴介助を行なった場合

入浴介助加算（Ⅱ）：（Ⅰ）に加え、医師等が居宅を訪問し、または、医師等に代わり介護職員が訪問し、医師等の指示のもと情報通信機器等を活用して状況把握を行ない、利用者の入浴動作や環境を評価し、入浴計画を策定し、自宅に近い環境で入浴介助を行なった場合

③サービス提供体制強化加算 1回につき

		サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)
		60 円	180 円
介護保険から給付される金額	9割	54 円	162 円
	8割	48 円	144 円
	7割	42 円	126 円
自己負担額	1割	6 円	18 円

	2割	12	円	36	円
	3割	18	円	54	円

④介護職員処遇改善加算（Ⅲ）：介護報酬総単位の8.0%

⑤生活機能向上連携加算 3ヶ月に1回

外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行った上で、個別機能訓練計画を作成し、個別機能訓練を実施し、定期的に評価・見直しを行なっている場合

		生活機能向上連携加算（Ⅰ）	
		1,000	円
介護保険から給付される金額	9割	900	円
	8割	800	円
	7割	700	円
自己負担額	1割	100	円
	2割	200	円
	3割	300	円

⑥口腔・栄養スクリーニング加算 6ヶ月に1回

従業者が、利用開始時及び6か月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、担当の介護支援専門員に情報提供した場合

		口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	
		200	円
介護保険から給付される金額	9割	180	円
	8割	160	円
	7割	140	円
自己負担額	1割	20	円
	2割	40	円
	3割	60	円

⑦科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスが適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合

	科学的介護推進体制加算	
	400	円

介護保険から給付される金額	9割	360	円
	8割	320	円
	7割	280	円
自己負担額	1割	40	円
	2割	80	円
	3割	120	円