

# 重要事項説明書



# 地域密着型指定通所介護・介護予防通所型サービス

## 重要事項説明書

### 《目次》

1. 事業所の概要
2. サービスの目的及び内容
3. 事業所の職員体制
4. サービス提供地域
5. 営業日・営業時間
6. 利用者負担金およびその滞納
7. 利用の中止(キャンセル)、変更、追加
8. 緊急時の対応
9. 相談窓口、苦情対応
10. 苦情処理マニュアル
11. 虐待の防止のための措置に関する事項
12. 身体拘束等の禁止
13. 事故発生時の対応
14. 非常災害時の対応
15. その他

## 1. 事業所の概要

事業所名	デイハウス えみな
所在地	千歳市勇舞1丁目2番2号 (電話 0123-27-1787)
事業者指定番号	0171200132
法人種別	株式会社
代表者名	糸田純子
開設日	平成15年4月15日

## 2. サービスの目的及び内容

- ・事業者(地域密着型指定通所介護・介護予防通所型サービス事業者)は、介護保険法等の関係法令に従い、利用者に対しその心身の状況を勘案し、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、サービスを提供します。
- ・要介護者および要支援者の在宅生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、サービスの提供に当たる従事者の協議により通所介護計画が作成されます。その際、ご利用者・ご家族の希望を十分に取り入れ、計画の内容に同意をいただき、サービスが提供されます。

## 3. 事業所の職員体制

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、以下の指定基準を遵守しています。

従業者の職種	指定基準	職務の内容
1. 管理者	1名	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う
2. 生活相談員	1名以上	利用者の生活全般に関する相談及び援助活動
3. 介護職員	1名以上	利用者の介護業務
4. 看護職員	1名以上	利用者の相談及び健康管理
5. 機能訓練員	1名以上	利用者の運動及び口腔機能訓練の指導

## 4. サービス提供地域

千歳市内

## 5. 営業日・営業時間

月曜日～土曜日までとし、祝祭日も営業します。

ただし、8月14日～15日、年末年始(12/31～1/3)はお休みいたします。

サービス時間・・・午前9時20分～午後4時30分

延長サービス・・・介護保険対象外サービスとなります。利用希望時は相談に応じます。

## 6. 利用者負担金およびその滞納

＜サービス利用料＞

利用料金については、重要事項説明書別紙のとおりとなります。

1. サービスに対する利用者負担金は、利用者負担金は関係法令に基づいて決められているものとします。契約期間中にこれが変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適用されます。
2. 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までに利用料を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。
3. サービス利用料の1部が介護保険制度上の支給限度額を超える場合は、全額自己負担となります。この場合、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員（ケアマネージャー）から説明の上、利用者の同意を得ることとなります。

利用料金の支払方法

サービス利用料は、1ヶ月分まとめて翌月の初めに請求書をお渡しします。支払いは郵便局の引き落としを原則とします。ただし、現金払いを希望の場合はご相談下さい。

＜食費＞

1日あたり 700円(おやつ代を含む)

\* 利用当日にキャンセルされた場合は食費をご負担いただきます。

＜教養娯楽費＞

活動により実費を徴収させていただきます。

## 7. 利用の中止(キャンセル)、変更、追加

1. 利用予定日の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルについては、その日の食費をいただきます。
2. サービスの変更、もしくは新たな追加のサービスを利用することができます。予定前日までにご連絡ください。(ただし、介護支援専門員の確認が必要になります。)

サービスの変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により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、他の利用可能日を提示して、協議いたします。

## 8. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、緊急機関等に連絡します。

## 9. 相談窓口、苦情対応

相談・苦情窓口	電話	0123-27-1787
	FAX 番号	0123-27-1797
	相談員	
	対応時間	営業時間と同じ

サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

\* 公共機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

市町村介護保険相談窓口	所在地	千歳市東雲町2丁目34番地
	窓 口	高齢者支援課
	電話番号	0123-24-3455
千歳市オンブズマン窓口	担 当	千歳市保険福祉オンブズマン事務所 (千歳市保健福祉部福祉課総務係)
	直通電話	0123-24-0864
	FAX	0123-22-8851
国民健康保険団体連合会	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目
	電話番号	011-231-6161
	FAX番号	012-321-5178
	受付時間	8:45~17:15
北海道社会福祉協議会	所在地	札幌市中央区北2条西7丁目
	電話番号	011-241-3976
	受付時間	8:45~17:15

## 10. 苦情処理マニュアル

苦情処理責任者

氏 名 山田 和江

- 苦情処理は以下のように行う

#### 1 苦情の受付を行う

利用者からの苦情については謙虚にその内容をうかがう。その際、苦情にいたった事実、関係する職員または関係機関、日時を正確に聞く。

利用者の心象を害することなく、その場では聴くことに徹し、原則として反論を行わない。

#### 2 管理者への報告

苦情を受けた場合、どんな些細なことでも管理者に遅滞なく報告を行う。

#### 3 事態の確認

管理者は報告に基づき事実確認を行い、苦情の原因が当方にある場合については速やかに謝罪を行う。さらに事実確認、判断を要する場合には利用者に時間をいただくようお願いをし、問題を持ち帰る。

#### 4 報告書の作成

苦情の内容、事実、関係者、対応の内容、結果、今後の対応について報告書を作成し、管理者に報告する。

#### 5 報告書の基づく検討と対応

報告書に基づき、管理者を含む必要な職員及び管理部で当該苦情の結果を明らかにし、対策を決め、結論を出し、対応を行う。

#### 6 教訓化

事例に基づき、教訓化する。全職員に報告し、再発防止に努める。

## 11. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者等の人権の援護・虐待の防止等の為、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (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の防止を啓発・普及するための研修の実施
- (5) 虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業者への周知徹底

## 12. 身体拘束等の禁止

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下、「身体拘束等」という。)を行わないものとする。

2 事業所は、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するものとする。

3 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業者への周知徹底
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針の整備
- (3) 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修の実施

### 13. 事故発生時の対応

1. 事業者は、指定通所デイサービスの提供により事故が発生した場合には、利用者家族、市町村、関係居宅支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
2. 事業者はサービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

### 14. 非常災害時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画及び業務継続計画に則って対応を行います。

防火管理者：糸田 雅弘

### 15. その他

サービス提供の際のトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください

- \* 送迎の予定時間は、当日の天候・道路状況により多少前後する場合がありますので、ご了承ください。なお、大幅に時間がずれる場合は再度ご連絡さしあげます。
- \* 貴重品、多額の金銭はお持ちにならないようお願いいたします。



# 説明確認

通所介護(予防)契約締結に当たり、上記重要事項を説明しました。

事業者          デイハウス えみな

説明者

印

上記内容についての説明を受け、同意いたしました。

利用者 氏 名

代理人または立会人

氏 名

印

利用者の家族 住 所

氏 名

印



デイハウス えみな 様

## 同 意 書

介護サービス提供に当たり、必要があるときは要介護認定、  
要支援認定に関する結果及び、個人・家族に関する情報を関  
係する機関に提示することを同意します。

令和 年 月 日

本人 氏 名

代理人 氏 名

印

\*本人の署名の場合は押印の必要はありません。代理人が記載した時  
のみ押印ください。

## サービス利用料金について

### (1) 介護保険の給付対象となるサービス

＜サービス利用料金＞（契約書第4条参照）

料金表によって、サービス利用料金から介護給付費の給付額を除いた金額（利用者負担）をお支払いいただきます。（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。）

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として下記の料金となります。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

#### 【介護保険基本利用料金】

##### ・要介護1～5の場合（日額）

要介護1	753円
要介護2	890円
要介護3	1,032円
要介護4	1,172円
要介護5	1,312円

##### ・要支援1の場合

月4回まで （日額）	436円
月5回以上 （月額）	1,798円

##### ・要支援2の場合

月8回まで （日額）	447円
月9回以上 （月額）	3,621円

#### 【加算】

##### ＜要支援1、2の方＞

サービス提供体制加算（月額）	要支援1	24円
	要支援2	48円

<要介護1～5の方>

サービス提供体制加算（日額）	6円
個別機能訓練加算（日額）	56円
入浴介助加算（日額）	40円

<全員>

介護職員等処遇改善加算Ⅱ	介護保険利用額の9.0%
--------------	--------------

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。

<食費>

1日あたり 700円（おやつ代を含む）

※利用当日にキャンセルされた場合は食費をご負担いただきます。

<教養娯楽費>

活動により実費を徴収させていただきます。

<おむつ代>

実費

<通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費>

通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費です。

1kmごとに 20円

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

サービス利用料は、1ヶ月分まとめて翌月の初めに請求書をお渡しします。支払いは郵便局の引き落としを原則とします。ただし、現金払いを希望の場合はご相談下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

1. 利用予定日の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルについては、その日の食費をいただきます。

2. サービスの変更、もしくは新たな追加のサービスを利用することができます。予定前日までにご連絡ください。（ただし、介護支援専門員の確認が必要になります。）

サービスの変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により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、他の利用可能日を提示して、協議いたします。