

# 島原市社協 デイサービスセンター真心

## 指定通所介護重要事項説明書

当事業は利用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。

### 目 次

1. 事業所の概要	1
2. 相談窓口	2
3. サービス内容	2
4. 利用料金	2
5. サービスの利用方法	3
6. 緊急時の対応方法	4
7. 事故発生時の対応	4
8. 非常災害対策について	5
9. 業務継続計画について	5
10. 衛生管理等について	5
11. 虐待防止について	5
12. 苦情受付について	6
13. 当会の概要	6
14. 秘密保持	7
15. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	7

## 1、島原市社協 デイサービスセンター真心の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	島原市社協 デイサービスセンター真心
所在地	島原市有明町大三東戊1352番地1
介護保険事業者番号	通所介護(4271402408)
サービスを提供する地域	島原市

### (2) 同事業所の職員体制

職 種	員数
管理者	1名
生活相談員	1名以上
介護員	3名以上
看護員	1名以上
機能訓練指導員	1名以上

### (3) 営業日及び営業時間

営業日	日曜日～金曜日(土曜日定休日)
営業時間	8:30～17:15

ただし、12月31日～1月3日までは休業といたします。

### (4) デイサービスセンターの概要

定員	24名	静養室	1室 7.7㎡
食堂兼機能訓練室	1室 196.09㎡	相談室	9.975㎡
浴室	42.68㎡ 一般浴槽		
		送迎車	5台

## 2、島原市社協 デイサービスセンター真心が提供するサービスについての相談窓口

電話 0957-65-9091 (午前8時30分～午後5時15分まで)

担当者 宇土 和江

※ ご不明な点は、何でもおたずねください

### 3、サービスの内容

- ①入浴 浴室誘導、衣服の着脱、清拭等を行います。
- ②食事 栄養並びに利用者の身体の状態を考えた、食事の提供
- ③生活指導 利用者の生活状況、援助、レクリエーション等を行う。
- ④機能訓練 指導員により利用者の心身等の状況に応じ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する。
- ⑤健康チェック 送迎時の観察や利用者の健康状態の確認等を行う。
- ⑥送迎 利用者の自宅と事業所間の送迎サービスを行う。

### 4、利用料金

#### ①デイサービスの基本利用料

所要時間	利用者の 要介護度	デイサービス利用費 (1回あたり)				
		単位数	基本利用料	利用者負担金		
				負担割合 1割の方	負担割合 2割の方	負担割合 3割の方
7時間以上 8時間未満	要介護1	658	6,580円	658円	1,316円	1,974円
	要介護2	777	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護3	900	9,000円	900円	1,800円	2,700円
	要介護4	1,023	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
	要介護5	1,148	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

#### ②加算・減算

加算等の種類	加算・減算額 (1回あたり)				
	単位数	加算・減算料	利用者負担金		
			負担割合 1割の方	負担割合 2割の方	負担割合 3割の方
入浴加算Ⅰ	40	400円	40円	80円	120円
機能訓練加算Ⅰイ	56	560円	56円	112円	168円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	60円	6円	12円	18円
送迎減算(片道につき)	-47	-470円	-47円	-94円	-141円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1ヵ月の利用料金に9%加算となります。				

※上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

#### ③食事代(材料代を含む)

1食あたり500円

#### ④取消料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって申し出をされた場合、取消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。ただし、利用者の体調不良等やむをえない場合はいたしません。

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500円

#### ⑤その他（介護保険の給付対象とならないサービス）

おむつ代、レクリエーション、日常生活品の購入代金又は日常生活に要する費用等は自己負担となります。

#### (2) 料金のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払方法

ア. 現金支払い

イ. 下記口座への振り込み

十八親和銀行 島原中央支店 普通預金 145455

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし

#### (3) 利用の中止、変更、追加

○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又は変更、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。この場合はサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

### 5、サービス利用方法

#### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。事業所の職員が居宅を訪問し、説明をいたします。通所介護計画作成と同時に契約書を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

#### (2) サービスの終了

##### ①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

##### ②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ヶ月前までに理由を示した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に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）若しくは要支援状態と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

### ④その他

- ・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者やご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、または事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅滞し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが事業者やサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

## 6、緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

## 7、事故発生時の対応

- ①利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護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。また、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、事故原因等の分析及び対応策の協議を行い、再発防止に努めます。
- ②利用者に対する指定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。
- ③利用者へ故意又は過失が認められる場合には、利用者のおかれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 8、非常災害対策について

非常災害に備えて消防計画、風水害、地震等に対する計画を作成し、防災管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

## 9、事業継続計画について

- (1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護等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（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、従事者に対し、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。
- (3) 事業者は、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、衛生管理等について

事業者は、本事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。

- ①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開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底を図ります。
- ②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指針を整備します。
- ③事業所において、従事者に対し、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定期的実施します。

## 11、虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催することとともに、その結果について従事者に周知徹底を図ります。
- ②虐待防止委員会の委員長を、事業所の虐待防止にかかる措置の担当者とします。  
虐待防止にかかる措置担当者 杉永 宏
- ③虐待防止のための指針を整備します。
- ④虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

## 12、苦情受付について

- (1) 利用者または家族からの相談、苦情に対する窓口を設置し、迅速かつ適切に対応します。通所介護に関する要望、苦情等は下記窓口を設けます。

・長崎県島原市有明町大三東戊1352番地1

島原市社協 デイサービスセンター真心

電話 0957-65-9091

苦情受付担当者 宇土 和江 (受付時間 日～金 8:30～17:15)

・長崎県島原市霊南1丁目17番地

電話 0957-63-3855

社会福祉法人 島原市社会福祉協議会

苦情解決責任者 杉永 宏 (受付時間 日～金 8:30～17:15)

(2) 苦情処理を行うための処理体制・手順

サービス利用者から苦情・相談の申し立てがあった場合、次の体制並びに手順で処理します。

①始めに、苦情・相談窓口の担当者が、利用者及びその家族からの苦情・相談を受け、その内容を充分聴き、内容を確認したうえで、その段階で解決できると判断されるものはその場で解決します。

②窓口担当で 解決が困難な場合は、処理を保留し、苦情解決責任者と協議し解決します。

③当該事業所内で解決が困難な場合は、予め事業者が選任した苦情解決第三者委員会の立会いのもと、当該利用者との話し合いを行い解決します。

第三者委員： 湯田 喜雅 0957-64-1343

園田 洋一郎 0957-64-3678

④③で解決が困難な場合は、当該利用者及びその家族に行政機関その他苦情受付機関への申し立てができる旨を伝え、速やかに当該事案の概要を県当局に伝えその支持を仰ぐものとします。

(3) 当事業所以外に、相談・苦情窓口等においても承ります。

・島原地域広域市町村圏組合 介護保険課 電話 0957-61-9101  
(受付時間 月～金 8:30～17:00)

・長崎県国民健康保険団体連合会 (国保連) 電話 095-826-7219  
(受付時間 月～金 9:00～17:00)

1.3、当会の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 島原市社会福祉協議会
代表者役職・氏名	会長 松尾 豪彦
所在地・電話番号	島原市霊南一丁目17番地・0957-63-3855
定款の目的に定めた事業	1. 社会福祉を目的とする事業の企画及び実施 2. 社会福祉に関する活動への住民の参加のための援助 3. 社会福祉を目的とする事業に関する調査、普及、宣伝、連絡、調整及び助成 4. 1から3のほか、社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図るために必要な事業 5. 保健医療、教育その他の社会福祉と関連する事業との連絡 6. 共同募金事業への協力 7. 訪問介護事業の経営 8. 訪問入浴介護事業の経営 9. 通所介護事業の経営 10. 障害福祉サービス事業の経営 11. 島原市福祉センターの経営 12. 島原市有明福祉センターの経営

13. 福祉サービス利用援助事業
14. 福祉資金貸付事業
15. 心配ごと相談事業
16. その他この法人の目的達成のため必要な事業

#### 14、秘密保持

- (1) サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この秘密保持は、契約終了した後も継続します。
- (2) 利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身の情報を提供できるものとします。
- (3) 利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者及びその家族の個人情報を用いることができるものとします。

#### 15、提供するサービスの第三者評価の実施状況

- ・実施なし。

令和 年 月 日

通所介護提供開始にあたり、利用者に対し契約書及び本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者 島原市社協 デイサービスセンター真心

説明者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護について重要事項の説明を受け、その内容について同意しました。

利用者 住 所 島原市

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。

(契約時において判断が下せない場合、下記の方を契約当事者とさせていただきます)

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

ご利用者との関係 (○印)

親族 ( 続柄 )

成年後見人

代理人

※確認資料をお見せいただく場合がございます。

あらかじめご了承ください。