

地域密着型通所介護 重要事項説明書

1. 事業の目的

事業者は、適切な運営を確保するために、人員および管理運営に関する事項を定め、事業者の生活相談員、看護職員、および介護職員等が、要介護者に対して、各種の適切なサービスを提供し、自立の助長、心身機能の維持・向上を図ると共に、家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図る事を目的とする。

2. 運営方針

事業者は、利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう、必要な日常生活の支援および各機能訓練を行います。

また、事業の運営にあたっては、地域に密着した創造と実践を重視し、関係市町村保険者、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、各居宅サービス事業者、その他の医療・保健・福祉サービスを提供する機関との密接な連携を図り、統合的なサービス提供に努めます。

3. 事業者の概要

(1) 通所介護事業所

所在地	: 熊本県阿蘇市内牧 1 1 1 0 - 1
事業所番号	: 4 3 7 1 4 0 0 3 4 4
利用定員	: 1 8 名 / 日 *通所介護の定員
実施地域	: 阿蘇市全域

(2) 主たる職員およびその業務

管理者	1 名 (常勤兼務)	全体の管理、相談・苦情窓口になります。
生活相談員	1 名 (常勤)	相談に応じ、適宜生活支援等を行います。
看護師	1 名 (常勤)	利用者の健康管理に努めます。
機能訓練指導員	1 名 (常勤)	ADLの維持、向上のための理学療法を行います。
介護職員	6 名 (非常勤)	生活援助、入浴、レクリエーション、送迎等を行います。

(3) サービス提供時間

営業日	月曜日 ~ 土曜日営業
	*ただし、悪天候の際は、状況を見て休止する場合があります。
営業時間	午前 8 時 3 0 分 ~ 午後 5 時 3 0 分
提供時間	午前 9 時 3 0 分 ~ 午後 3 時 3 0 分 (送迎時間は含みません)

(4) サービスの内容

食事、入浴、排泄、機能訓練、生活指導、レクリエーション・娯楽行事等、健康管理、栄養指導、口腔機能訓練、相談および援助、送迎

4. 料金表

(1) 保険内のサービス

【地域密着型通所介護】

基本（5～6時間）

介護給付	単位	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要介護1	657単位/回	657円/回	1,314円/回	1,971円/回
要介護2	776単位/回	776円/回	1,552円/回	2,328円/回
要介護3	896単位/回	896円/回	1,792円/回	2,688円/回
要介護4	1,013単位/回	1,013円/回	2,026円/回	3,039円/回
要介護5	1,134単位/回	1,134円/回	2,268円/回	3,402円/回

加算	単位	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
入浴加算I	40単位/回	40円/回	80円/回	120円/回
個別機能訓練加算Iイ	56単位/日	56円/日	112円/日	168円/日
個別機能訓練加算Iロ	76単位/日	76円/日	152円/日	228円/日
生活機能向上連携加算	100単位/月	100円/月	200円/月	300円/月
栄養改善加算	200単位/回	200円/回	400円/回	600円/回
科学的介護推進体制加算	40単位/月	40円/月	80円/月	120円/月
サービス提供体制強化加算(II)	18単位/日	18円/日	36円/日	54円/日
若年性認知症利用者受入加算	60単位/日	60円/日	120円/日	180円/日
介護職員処遇改善加算(II)	1か月の利用料金に9%加算となります。			

(2) 保険外のサービス

食材費（昼食・おやつ代）

550円/1回

屋外行事時の諸施設利用料、写真代、おむつ代等

実費

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)の料金、費用は、毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、その月の末日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。お支払い方法は、現金・銀行振込・口座引き落としの3通りからご契約の際に選べます。

(4) 支払いについての事前説明

食費および前記(2)の支払いを受ける場合には、ご利用者等に対して事前に説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名捺印)を頂きます。

5. 利用の中止、変更および追加

① ご利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービス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へ申し出てください。

ただし、サービスの利用の変更、追加の申し出に対して、事業者の労働状況によりご利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合もありますので、その場合には他の利用可能日を提示し協議することとします。

② ご利用者の都合により3か月以上のご利用がなかった場合、自動的にサービスを終了いたします。

6. 金銭および貴重品の管理

サービス提供中、金銭および貴重品の管理は、ご自身の責任で行ってください。

7. 通所介護サービスのキャンセルについて

① 通所介護提供日の前日午後5時30分までにご連絡をお願いいたします。

② 急遽体調不良等により当日キャンセルになる場合は、朝8時30分までにご連絡をお願いいたします。

8. 協力医療機関

医療機関名称	医療法人社団坂梨会 阿蘇温泉病院
所在地	阿蘇市内牧1153番地の1

9. 協力歯科機関

歯科機関名称	医療法人社団坂梨会 阿蘇温泉病院歯科
所在地	阿蘇市内牧1153番地の1

10. サービス利用にあたっての留意事項

- ① 以下の禁止事項を故意に繰り返し行う場合はサービスの中止をお願いする場合がございます。
 - 1) 所定の場所以外での喫煙（喫煙される方は事前にご相談ください）
 - 2) 故意による不潔行為および他ご利用者様への迷惑・危険行為
 - 3) 宗教活動および政治活動

- ② その他
 - 1) ご利用開始にあたり必ず、契約書、重要事項説明書の内容の確認をお願いいたします。
 - 2) 身元引受人をご変更される場合はご相談ください。

11. 緊急時の対応方法

サービスの実施中に利用者の病状に急変時が生じた場合には、速やかに主治医、家族および各関係機関、救急隊へ連絡をいたします。

主治医	主治医名	
	連絡先	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名	
	連絡先	

12. 非常災害対策

非常災害対策に関しては、具体的な計画を作成し、責任者を定めておくとともに、非常災害に備えて定期的に避難、救出訓練を行います。

防火管理者	秋吉 典子
消防計画	令和6年3月 22日提出（直近） 防災組織完備
消防訓練	総合訓練（通報・避難誘導・消火）…地元との協力訓練 部分訓練 ・夜間を想定し、実施します。 ・消防署立合いのもと実施します。 *防災設備は、専門の業者により年2回の定期点検を実施しております。

13. 事故対策

事故対策に関しては、「事故発生時対応マニュアル」を作成し、責任者を定めておくとともに、定期的にリスクマネジメント委員会を設置し事故の分析や事故防止策、安全対策等を職員へ周知徹底します。

14. 感染防止対策

感染防止対策に関しては、「感染症対策マニュアル」を作成し、責任者を定めておくとともに、定期的に感染対策委員会を実施し、感染を未然に防止するよう感染対策への意識づけを行います。

15. 高齢者虐待時の対応

当事業者は、虐待と思われる場合には、円滑かつ迅速に介護支援専門員や地域包括支援センター、市町村等に連絡・相談を行うとともに必要な措置を行います。

16. 苦情受付

(1) 当事業所における苦情受付

当事業所における苦情やご相談は次の窓口で受け付けます。

デイサービスセンター宝泉郷

住所：阿蘇市内牧1110-1

電話番号：0967-32-5488

苦情受付担当者	生活相談員 三森 綾
苦情解決責任者	管理者 秋吉 典子

(2) 行政機関等

阿蘇市ほけん課	電話 0967-22-3145
阿蘇市地域包括支援センター	電話 0967-32-5122
熊本県国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情処理委員会)	電話 096-214-1105

(3) 苦情を処理するために講ずる措置の概要

I. 利用者または家族からの苦情・相談に対する常設の窓口、担当者の設置

- ① 事業所内に苦情・相談の窓口を設置するとともに、また相談に訪問した利用者および家族のプライバシーと秘密の保持のため苦情・相談室を設けます。
- ② 苦情・相談の窓口担当者を選任し、当該担当者が苦情・相談にあたります。なお、窓口での解決が困難な場合は、下記事項Ⅱの体制および、手順で苦情・相談の解決にあたります。

Ⅱ. 迅速かつ円滑に苦情・相談処理を行うための処理体制・手順

- ① 苦情・相談窓口の担当者が、利用者および家族から苦情・相談を受け付け、その内容を確認した上で、その段階で解決できると判断される場合は、その場で解決します。
- ② 窓口担当者で解決が困難な場合は、判断を保留し、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には、予め事業者が選任した第三者委員の立会いのもと、当該利用者との話し合いを行い解決します。
- ④ ③での解決が困難な場合は、当該利用者および家族に、行政機関等への申し立てができる旨を伝え、速やかに当事業者の概要を行政機関に伝え、その指示を仰ぐものとします。

* 説明を受けた者： _____ 続柄 _____

ご説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

* 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。