社会福祉法人 安芸高田市社会福祉協議会

指定通所介護事業所 重要事項説明書

1 事業者

法人名 社会福祉法人 安芸高田市社会福祉協議会
法人所在地 広島県安芸高田市吉田町常友1564番地2
(安芸高田市保健センター内1階)
代表者氏名 会長 水重克幸
設立年月 平成16年3月1日
電話番号 0826-42-2941 FAX番号 0826-47-1312

2 事業所の概要

事業所名 安芸高田市社会福祉協議会 通所介護事業所
事業所番号 第3473600124号
住所 広島県安芸高田市甲田町高田原1490番地1
電話番号 0826-45-5102 FAX番号 0826-45-7012

3 事業の目的と運営方針

目的 指定通所介護の事業は、居宅において要介護状態にある高齢者に対し、適切な通所介護を提供します。

運営方針

- ①事業所の通所介護従事者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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世話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ります。
- ②指定通所介護においては、利用者の要介護状態の軽減又は悪化防止に資するよう、その目標を設定し計画的に行うものとする。
- ③利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った指定通所介護の提供に努めます。
- ④事業の実施にあたっては、関係市町、居宅介護支援事業者、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。
- ⑤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。

⑥事業所は、事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行い、地域との交流に努めます。

4 事業所体制

通常の事業の実施区域	安芸高田市の全域
サービス提供日	月曜日～土曜日 但し、12月29日から1月3日までを除きます。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後3時45分 (ただし、午後5時30分まで延長できるものとする)
利用定員	20名(月曜日～土曜日)

従業者の職種、員数

- (1) 管理者 1名

管理者は事業所の従業者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

利用者の生活相談、生活指導を行う。

- (3) 看護職員 1名以上

利用者の保健衛生及び看護業務を行う。

- (4) 介護職員 3名以上

日常生活の介護全般を行う。

- (5) 機能訓練指導員 1名以上

日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。

5 サービスの内容及び利用料金

- (1) 介護保険の給付対象となるサービス

【共通的サービス】：利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄など必要な介助を行います。

- ① 送迎サービス：利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は交通費実費をご負担いただきます。
- ② 健康チェック：バイタルサインのチェックを行います。また、身体等に異常を発見したときには関係機関との連携をとり、適切な対応がとれるよう努めます。
- ③ 食事サービス：事業所は、栄養士の立てる献立により栄養ならびに、利用

者の身体状況及び嗜好等を配慮した食事を提供します。利用者の自立支援のため、食堂で食事を取っていただくことを原則としています。(食事時間は、12:00～12:30)

- ④ 生活指導：日常生活に関する助言、指導を行います。
- ⑤ 機能訓練：パワーリハビリ・体操やレクリエーション等を行うことで身体機能の維持、向上を図ります。

【選択的サービス】：利用者ごとの選択性になります。利用するサービスの種類・実施日・実施内容等については、ケアプランに沿って、事業所と利用者で協議した上で通所介護計画に定めます。

- 入浴介助加算サービス：入浴を行い身体清潔のためのサービスを実施します。

(2) サービスの利用頻度

利用する曜日や内容等については、ケアプランに沿いながら、利用者と協議のうえ決定し、通所介護計画に定めます。但し、利用者の状態の変化、通所介護計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

(3) 通所介護の対象となるサービス利用料金

利用者の方からいただく利用者負担金は、介護保険の法定利用料に基づいた負担割合に応じて利用者負担金として徴収いたします。法定利用料については次に掲げるとおりです。

サービス提供時間	要介護度	1回あたりの利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,840円	584円	1,168円	1,752円
	要介護2	6,890円	689円	1,378円	2,067円
	要介護3	7,960円	796円	1,592円	2,388円
	要介護4	9,010円	901円	1,802円	2,703円
	要介護5	10,080円	1,008円	2,016円	3,024円
サービス提供体制強化加算		180円	18円	36円	54円
介護職員等処遇改善加算		(法定利用料+各種加算(1ヶ月))×9.2% ※10円未満の端数切捨 (負担額(法定利用料+各種加算(1ヶ月))×9.2%×1割・2割・3割)			

※6時間未満の利用の場合は減額になります。

○選択的サービス：利用される場合には、以下の料金が上記に加算されます。

加算項目	1回あたりの利用料金	利用者負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算	400円	40円	80円	120円

但し、原爆手帳をお持ちの方の自己負担額は、公費負担となります。

※ 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金額をいったん支払っていただきます。要支援、要介護の認定を受けた後、自己負担金額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い) またケアプランが作成されていない場合も償還払いとなります。

※ 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。

(4) 介護保険の給付対象とならないサービス

①介護給付の支給限度額を超えるサービスを利用された場合は、全額利用者負担となります。

②食事の提供にかかる費用：1食あたり 600円

・利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

③レクリエーション活動

・利用者の希望によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

・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は一枚に付10円の実費負担をしていただきます。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

・日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。

紙おむつ代 120円

尿とりパッド 40円

⑥通常事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して送迎を行う場合、通常の実施地域を越えた地点から路程1キロメートルあたり20円を実費とし徴収します。

(5) 利用料金のお支払方法

料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月の20日金融機関口座からの自動引落とし、もしくは現金でお支払いいただきます。

(6) 利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止、変更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所に申し出てください。

②月のサービス利用日や回数については、利用者の状態の変化、通所介護

計画の目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

③途中で要介護度が変更となった場合には、それぞれの単価にもとづいて利用料を計算します。

④サービス利用の変更の申し出に対して、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、協議の上、他の利用可能日時を利用者に提示します。

6 サービス利用に関する留意事項

(1) 連絡帳を必ず持参してください。

(2) 故意により施設、設備を壊したり汚したりした場合には、利用者の自己負担により、現状に服していただくか、又は、相当の代金をお支払いしていただく場合があります。

(3) 当事業所の職員や、他の利用者に対し迷惑行為を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動、ハラスメント行為を行うことはできません。

(4) 利用中の外出は必ず職員に届け出てください。

外出時の事故については一切責任を負いません。

7 緊急時における対応方法

サービスを実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた時は速やかに主治医、家族に連絡する等の措置を講じます。また、主治医への連絡が困難な場合、緊急搬送等の必要な措置を講じます。

8 事故発生時の対応

事故発生時には、管理者または生活相談員が責任を持って、ご家族・担当ケアマネージャー・主治医・市町等、必要に応じ各関係機関へ連絡を行ない対応します。事故の際の処置の記録を行い、賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行います。

9 非常災害対策

非常災害計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、従業者に周知し、年2回以上の避難、救出訓練を行います。訓練実施にあたり、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

10 衛生管理等

感染症発生又はまん延しないよう、対策検討委員会の設置し、6カ月に1回以上の開催し、従業者への周知、指針の整備、従業者に対する研修及び訓練を定期的の実施します。

11 虐待の防止

虐待の発生又は再発を防止するため、対策検討委員会を設置し、検討結果を従業者に周知します。指針を整備し、虐待防止のための研修を定期的に行います。虐待防止担当者として通所介護事業所の管理者を選任します。

12 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害発生時において、事業を継続的に実施及び非常時の体制で早期業務再開を図るための業務継続計画を策定し、必要な措置を講じます。従業者へ業務継続計画を周知し、必要な研修及び訓練を定期的に行います。業務継続計画は定期的に見直し、必要時変更を行います。

13 秘密の保持

従業者は正当な理由がなく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を洩らしません。従業者であった者が利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、従業者との雇用契約の内容とします。事業所が、サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いる場合、あらかじめ両者の同意を得ます。

14 『苦情申出窓口』の設置について（詳細は事業所に掲示）

（１）ご利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口（連絡先）、担当者
窓 口：安芸高田市社会福祉協議会 通所介護事業所

連 絡 先：TEL 0826-45-5102 FAX 0826-45-7012

受 付 時 間：毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

苦情解決責任者：安芸高田市社会福祉協議会事務局長

苦情受付担当者：安芸高田市社会福祉協議会介護支援課長
：通所介護事業所管理者

第 三 者 委 員：3名 希望される方は社会福祉協議会 42-2941 まで

（２）苦情の解決方法

1）苦情の受付

苦情は面談、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けします。

2）苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情受付責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告します。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

（３）苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次によります。

- ア 第三者委員による苦情の確認
  - イ 第三者委員による解決案の調整、助言
  - ウ 話し合いの結果や改善事項等の確認
- (4) 広島県福祉サービス運営適正化委員の紹介
- 安芸高田市社会福祉協議会で解決できない苦情は、広島県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し出ることができます。

〒731-0816 広島県広島市南区比治山本町1 2-2
 (広島県社会福祉会館社会福祉協議会内)
 広島県福祉サービス運営適正化委員会
 TEL 082-254-3419

その他の相談窓口

安芸高田市市役所 保険医療課	ご利用時間 平日 9:00～17:00 ご利用方法 TEL 0826-42-5618 面接 場所 安芸高田市吉田町吉田 791 番地
国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 8:30～17:15 ご利用方法 TEL 082-554-0783 面接 場所 広島市中区東白島 19-49

15 その他

- (1) 従業者は資質向上をはかるための研修の機会を次の通り設けています。
- ①採用時研修 採用後 6ヶ月以内
  - ②継続研修 月 1～2回
  - ③その他の研修(すべての従業者に対し認知症介護に係る基礎的研修を受講させます。ただし、医療・福祉関係の資格を有さない者を言います。)
- (2) 事業所は、適切な指定通所介護の提供を確保する観点から、利用者及びその家族、事業所職員、その他関係者が職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業者の就業環境が害されることがないように必要な措置を講じます。
- (3) 事業所は、サービス提供中に、利用者又は他の利用者等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、身体的拘束等、行動を制限する行為を実施しません。
- 身体的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を記録します。
- (4) 提供するサービスの第三評価の実施状況：評価の実状なし

令和 年 月 日

指定通所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明と交付をしました。

安芸高田市社会福祉協議会 通所介護事業所

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明と交付を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所 安芸高田市

氏名 _____

上記代理人
(家族等)

住所

氏名 _____ (続柄 _____)