

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業重要事項説明書（兼）契約書

1. 社会福祉法人 平川市社会福祉協議会 碓ヶ関通所介護事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

| | |
|--------------|--------------------------------------|
| 事業所名 | 社会福祉法人 平川市社会福祉協議会 碓ヶ関地域密着型通所介護事業所 |
| 所在地 | 平川市碓ヶ関三笠山120-1 (平川市碓ヶ関地域福祉センター内) |
| 電話番号 | 0172-45-2725 |
| FAX番号 | 0172-45-2782 |
| 事業所番号 | 第0291000073号 |
| サービスを提供できる地域 | 平川市碓ヶ関地域 |

(2) 当事業所の職員体制

| 職名 | 職務内容 | 兼務 | 人員数 |
|-------|---|--------------------|---------------|
| 管理者 | <ol style="list-style-type: none"> 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した第1号通所事業計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 利用者へ第1号通所事業計画を交付します。 指定通所介護の実施状況の把握及び第1号通所事業計画の変更を行います。 | 生活相談員 ・ 介護職員 | 常勤1名 |
| 生活相談員 | <ol style="list-style-type: none"> 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 それぞれの利用者について、第1号通所事業計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 | 介護職員 ・ 看護職員 | 常勤3名 |
| 看護職員 | <ol style="list-style-type: none"> サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 利用者の静養のための必要な措置を行います。 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。 | 介護職員 | 常勤1名 非常勤2名 |

| | | | |
|---------|---|--------------------|---------------|
| 機能訓練指導員 | 1. 第1号通所事業計画に基づき、その利用者が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日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。 | | |
| 介護職員 | 1. 第1号通所事業計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 | 生活相談員 ・ 看護職員 | 常勤3名 非常勤9名 |
| 調理員 | 1. 利用者への食事を提供します。 | 介護職員 | 非常勤4名 |

(3) 当事業所の設備の概要

| | | | |
|-------|---------|-------|-----------------------|
| 定員 | 18名 | 静養室 | 93.0㎡ |
| 食堂 | 107.03㎡ | 相談室 | 19.5㎡ |
| 機能訓練室 | 65.0㎡ | 送迎車 | 3台(リフトワゴン・ワゴン車・軽自動車等) |
| 浴室 | 男子浴室 | 52.7㎡ | その他 |
| | 女子浴室 | 51.1㎡ | |
| | 特殊浴室 | 32.5㎡ | |

(4) サービスの提供時間帯

| 曜日等 | 営業時間 |
|-----|--------------------------|
| 平日 | 午前8時30分～午後4時15分まで(祝日も営業) |
| 土曜日 | 午前8時30分～午後4時15分まで(祝日も営業) |
| 休業日 | 日曜日・12月31日～1月3日 |

2. 当事業所の第1号通所事業の特徴等

(1) 運営方針

当事業所の通所介護員は、要支援者の心身の特徴を踏まえ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、入浴・排泄・食事等の介護やその他生活全般にわたる援助を行います。実施にあたっては、地域の保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供を行ないます。

3. 提供するサービスの内容

(1) 第1号通所事業計画の作成

- ①利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた第1号通所事業計画を作成します。
- ②第1号通所事業計画の作成にあたっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。
- ③第1号通所事業計画の内容について、利用者の同意を得たときは、第1号通所事業計画書を利用

者に交付します。

④それぞれの利用者について、第1号通所事業計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。

- (2) 送迎 リフトワゴン（車イス2台積載）・ワゴン車
軽自動車
- (3) 食事 普通食・きざみ食・ミキサー食・おかゆ等
- (4) 入浴 特殊入浴・一般入浴（一般入浴は、温泉を利用）
- (5) 機能訓練 心身の機能低下を防ぐ訓練等
- (6) レクリエーション 心身のリフレッシュ等を目的としたゲーム・踊り・創作等
- (7) 各種行事 毎月定例行事・季節行事・交流会
- (8) 生活相談 随時生活相談・心配ごと相談等

(9) 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ①医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

4. サービス提供の記録

- ①当事業所は、サービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管します。
- ②利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する前項のサービス実施記録を開示できます。

5. 利用料金

(1) 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割または3割の額です。ただし、支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

① 第1号通所事業

ア 第1号通所事業利用料

| サービス名称 | 利用料（1月当り） | 利用者負担額（1月当り） | |
|----------|-----------|--------------|---------|
| 通所型サービス1 | 17,980円 | 1割 | 1,798円 |
| | | 2割 | 3,590円 |
| | | 3割 | 5,394円 |
| 通所型サービス2 | 36,210円 | 1割 | 3,621円 |
| | | 2割 | 7,242円 |
| | | 3割 | 10,863円 |

イ 付加サービスの利用料

| サービス名称 | 加算 | 利用料 | 利用者負担額 | 算定回数等 |
|------------------------|-------------------|---------|---------------------------------------|---|
| 通所型サービス 1 | サービス提供体制強化加算Ⅲ | 240 円 | 1 割 24 円 2 割 48 円 3 割 72 円 | 1 月に 1 回（7 年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されている） |
| 通所型サービス 2 | サービス提供体制強化加算Ⅲ | 480 円 | 1 割 48 円 2 割 96 円 3 割 144 円 | 1 月に 1 回（7 年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されている） |
| サービス名称 | 加算 | 利用料 | 利用者負担額 | 算定回数等 |
| 通所型サービス 1 通所型サービス 2 | 科学的介護推進体制加算 | 400 円 | 1 割 40 円 2 割 80 円 3 割 120 円 | 科学的介護の推進に向けて、全利用者のデータ収集を行い、それを活用した介護サービス提供を行うことを評価する加算。 |
| | 運動器機能向加算 | 2,250 円 | 1 割 225 円 2 割 450 円 3 割 675 円 | 1 月に 1 回（利用者の心身の状態の維持、又は、向上に資すると認められるものを行った場合） |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 200 円 | 1 割 20 円 2 割 40 円 3 割 80 円 | 1 日につき（「口腔」と「栄養」の状態を経過観察し、介護支援専門員に情報提供します。 |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 50 円 | 1 割 5 円 2 割 10 円 3 割 15 円 | 1 日につき（「口腔」又は「栄養」の状態を経過観察し、介護支援専門員に情報提供します。 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 所定単位数の 9.0%を加算 | | 1 月につき（介護職員の処遇改善を目的に、介護報酬を加算して支給する制度） | |

②食費（全額自己負担）

| | 料 金 |
|-------------|-------|
| 食事の提供に要する費用 | 500 円 |

(2) 料金の支払方法

利用料の支払方法は、毎月 10 日から前月分の請求をいたします。現金または、指定口座からの自動引落でお支払いください。お支払いいただいた場合は、領収書を発行します。

6. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|--------------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 地域密着型通所介護管理者 齋藤 咲子 |
|-------------|--------------------|

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 事業所はサービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

7. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性：身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限ります。
- (3) 一時性：利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及び家族に関する秘密の保持について

- ①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱い」に努めるものとします。
- ②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で、知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で、利用者の家族の個人情報を用いません。
- ②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅延なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

④個人情報を提供する事業所

- ・居宅サービス計画又は総合事業計画に掲載されている介護サービス事業所

- ・病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

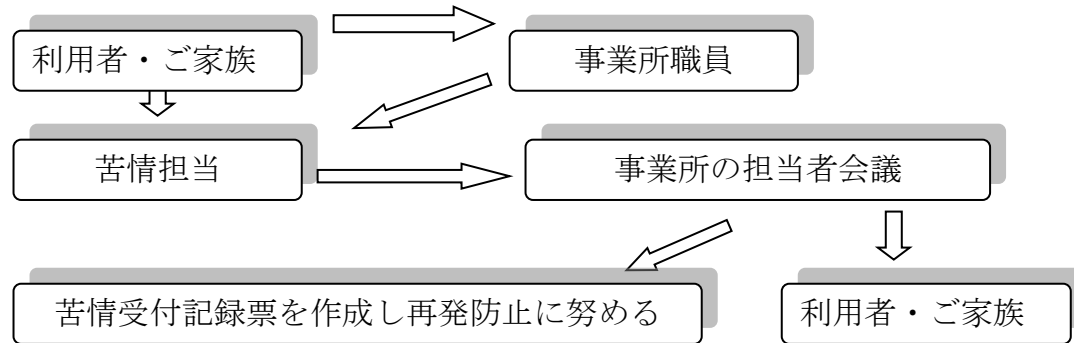
9. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所への相談・苦情窓口

- ①担 当 者：管理者 齋藤 咲子
- ②電話／FAX：0172-45-2725／0172-45-2782
- ③受 付 日：日曜日・12月31日・1月1日～3日以外
- ④受 付 時 間：8時～16時45分

(2) 苦情処理体制

苦情処理フロー



(3) その他

ア 平川市役所の相談、苦情窓口

- ①担 当 者：平川市 健康福祉部 地域包括支援係
- ②電 話：0172-44-1111 内線 1147
- イ 青森県国民健康保険団体連合会の相談、苦情を伝えることができます。
- 電 話：017-723-1336

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体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・ご家族・介護支援専門員等へ連絡いたします。

| | | | |
|-----|-----|------|--|
| 主治医 | 氏 名 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | |
| ご家族 | 氏 名 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | |

11. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、介護支援専門員等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対して当事業所が賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償をいたします。
なお、当事業所は、社会福祉法人全国社会福祉協議会と損害賠償契約を結んでおります。

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) お客様やご家族などの方が利用料金の支払いを2ヶ月以上延滞し、勧告しても支払いをしないときや本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

13. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

14. ハラスメント対策

- ① 事業所は職場によるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- ② 利用者、事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

15. 業務継続計画の作成

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地域密着型通所介護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 従業者に対し、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を実施します。
- 3 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。

16. 衛生管理

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

- (2) 事業所において感染症の発生、及び、まん延を防止するために次の措置を講じます。
- (3) 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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、従業者に周知徹底をいたします。
- (4) 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。
- (5) 事業所において、従業者に対し、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。

17. 裁判管轄

利用者と当事業所は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることを予め合意します。

18. 協議事項

この重要事項説明書に定めのない事項及び疑義が生じた事項については、双方協議して定めます。

第1号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 青森県平川市柏木町藤山16-1
名 称 社会福祉法人平川市社会福祉協議会
会 長 外 川 三 千 雄

説明者氏名 社会福祉法人平川市社会福祉協議会
碓ヶ関地域密着型通所介護事業所

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

本人との続柄 _____