

愛南町社協 指定通所介護事業所

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

当事業所は介護保険の指定を受けています。

（愛南町社協 指定通所介護事業所 3874000502）

◆◆目次◆◆

1. 事業者（法人）の概要.....	2
2. ご利用の事業所の概要.....	2
3. 事業の目的と運営の方針.....	2
4. 提供するサービスの内容.....	2
5. 営業日時.....	3
6. 事業所の職員体制.....	3
7. 利用料.....	3
8. 感染症対策の強化.....	5
9. 業務継続に向けた取組の強化.....	5
10. 虐待防止について.....	5
11. 身体拘束について.....	6
12. 緊急時における対応方法.....	6
13. 事故発生時の対応について.....	6
14. 非常災害対策について.....	6
15. 苦情相談窓口.....	6
16. サービスの利用にあたっての留意事項.....	7
17. 第三者評価の実施状況について.....	7

あなた（ご契約者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒798-4101 愛媛県南宇和郡愛南町御荘菊川1157番地
代表者（職名・氏名）	会 長 那 須 英 治
設 立 年 月 日	平成16年10月 1日
電 話 番 号	0895-73-7777

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	愛南町社協 指定通所介護事業所	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
事 業 所 の 所 在 地	〒798-4204 愛媛県南宇和郡愛南町檜月212番地2	
電 話 番 号	0895-82-0067	
指定年月日・事業所番号	平成30年 4月 1日指定	3874000502
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
通常の事業の実施地域	愛南町全地域	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第1号通所事業（介護予防通所介護相当）を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで 12月31日から1月3日を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	午前8時30分から午後5時30分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護職員	常勤 3人 非常勤 10人
看護職員	常勤 1人 非常勤 4人
機能訓練指導員	常勤 1人 非常勤 4人
生活相談員	常勤 3人 非常勤 1人

7. 利用料

あなたが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、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、負担割合証に明記された割合の額です。ただし、介護保険の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号訪問事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防通所介護相当】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
事業対象者 要支援1	17,980円(1月につき)	1,798円	3,596円
要支援2	36,210円(1月につき)	3,621円	7,242円
事業対象者 要支援1	4,360円(1回につき) (1月につき4回までのサービスを利用)	436円	872円
要支援2	4,470円(1回につき) (1月につき5回～8回までのサービスを利用)	447円	894円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 利用者負担3割の場合は1割×3で計算されます。

【加算：介護予防通所介護相当】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）		加算額		
			基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	要支援1	880円	88円	176円
		要支援2	1,760円	176円	352円
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ※	現行相当のサービスを提供した場合 <u>10.5%</u> を所定単位数に加算する				

※加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（２）その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、1食につき550円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。
そ の 他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、あらかじめ利用者またはその家族に対し説明を行い同意を得て、費用の実費をいただきます。

（３）キャンセル料

利用予定日の前日までにキャンセルの申し出がなく当日になってキャンセルの申し出をされた場合は、以下のとおりキャンセル料をいただく場合があります。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。また、介護予防通所介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日の午後5時までに 申し出があった場合	無料
利用予定日の前日の午後5時までに 申し出がなかった場合	550円（昼食代）

（※）利用予定日が定休日の翌日の場合はご注意ください。

（４）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（利用者負担分の金額とサービス利用料金の引落手数料）は、１ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

※引落手数料は複数の事業所を利用している場合は１つの事業所より請求します。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の２５日（祝休日の場合は翌営業日）
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日までに、現金でお支払いください。
指定口座 振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日までに、事業者が指定する下記の金融機関にお振込みください。 ※振込口座等詳細はお問い合わせください

ご利用できる金融機関：えひめ南農協・ゆうちょ銀行・伊予銀行

８．感染症対策の強化

感染症の予防及びまん延防止のための訓練、対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業員に対して周知させる。また、指針を整備する。

９．業務継続に向けた 取組の強化

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定した上で、従業員に対して周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。また、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う。

１０．虐待防止について

虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を設置し定期的を開催するとともにその結果を従業員に周知徹底を図る。また、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。利用者の希望や必要に応じて成年後見制度等の利用を支援し、これらを適切に実施するために担当者を配置し苦情解決体制等の必要な整備を行う。

担当者（管理者） 和 井 美 佳

1 1. 身体拘束について

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又その家族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。また、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。身体拘束等の適正化を図るため指針を整備し、対策を検討する委員会を定期的開催するとともにその結果を従業者に周知徹底を図る。また、従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

1 2. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。

1 3. 事故発生時の対応

サービス提供中にご契約者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。

1 4. 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。

1 5. 苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	担当者： 和 井 美 佳（管理者） 電話番号 ０８９５－８２－００６７ 受付時間 月曜日から金曜日午前８時３０分から午後５時３０分まで
---------	---

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	愛南町役場 高齢者支援課	電話番号 ０８９５－７３－７１２５ FAX 番号 ０８９５－７３－７００９
	国民健康保険団体連合会	電話番号 ０８９－９６８－８７００ FAX 番号 ０８９－９６８－８７１７

16. 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します。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所又は居宅介護支援事業所の担当者へご連絡ください。

17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有・ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

事業者	所在地	愛媛県南宇和郡愛南町御荘菊川 1157 番地
事業者	代表者	社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会
代表者	事業所	会長 那 須 英 治 印
事業所		愛南町社協 指定通所介護事業所

事業者は、ご契約者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説明者職名 管理者 氏 名 和 井 美 佳 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、第 1 号通所事業・介護予防通所介護相当サービスの提供開始に同意しました。

【ご契約者】

住所 愛南町 _____

氏名 _____ 印
(続柄)

【代理人・家族】

住所 _____

氏名 _____ 印
(続柄)

個人情報保護に関する取り扱い

社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会では、居宅介護支援事業・訪問介護・訪問入浴介護・指定通所介護事業・計画相談支援事業・障害福祉サービス事業の各事業において、業務上知り得た全ての個人情報を個人情報保護法ならびに下記のとおり、厳正に取り扱ってまいります。

1. 個人情報は明示された目的のためにのみ使用します

個人情報の利用については、契約時に同意していただいた目的にのみ使用するものとし、それ以外の目的で利用する場合は、あらかじめ同意を得るものとします。

2. 個人情報は第三者に提供いたしません

個人情報は、ご本人の承諾なしに、第三者に提供することはありません。

3. 個人情報の安全管理について

皆様からお預かりした個人情報について、漏洩、滅失または毀損を防止するために、セキュリティシステムの導入等により、安全管理対策を実施いたします。

4. 個人情報の取り扱いにおける適用の除外について

皆様の個人情報は上記のとおり取り扱いますが、次のいずれかに該当するときは、上記の取り扱いを適用しない場合があります。

(1) 法令に定めがあり、個人の情報開示が義務付けられる時。

(2) 本人又は第三者の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、緊急かつやむを得ない時。

5. お問い合わせについて

個人情報の取り扱いに関してご質問がある場合は、事業所管理者または責任者までご連絡下さい。

社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会

会 長 那 須 英 治

個人情報使用同意書

私及び家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

- (1) 利用者のための居宅サービス計画、訪問介護計画、訪問入浴介護計画、通所介護計画、サービス等利用計画、または居宅介護計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議等において必要な場合
- (2) 利用者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合
- (3) 実習の受け入れに協力を行う場合

2 条 件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

愛南町社会福祉協議会

会 長 那 須 英 治 様

【利用者】 住 所 愛南町

氏 名 (印)

【家族代表者】 住 所

氏 名 (印)

(続柄)

【代理人】 住 所

氏 名 (印)

(続柄)