

# 重要事項説明書

(令和 年 月 日)

地域密着型通所介護及び予防・日常生活支援総合事業の提供にあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

## 1. 事業所の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| 名称           | 社協 陽だまり                 |
| 所在地          | 静岡県牧之原市静波 479 番地 2      |
| 電話番号         | 0 5 4 8 - 2 2 - 4 4 1 9 |
| 介護保険指定番号     | 通所介護(静岡県 2295800169 号)  |
| サービス提供する対象地域 | 牧之原市にお住まいの方             |

### (2) 同センター職員体制

|             | 常勤  | 非常勤 | 業 務 内 容         | 計   |
|-------------|-----|-----|-----------------|-----|
| 管理者         |     | 1 名 | 管理者<br>相談業務     | 1 名 |
| 生活相談員       | 1 名 | 1 名 | 相談業務            | 2 名 |
| 看護師兼機能訓練指導員 | 1 名 |     | 看護業務兼機能<br>訓練業務 | 1 名 |
| 介護職員        | 0 名 | 2 名 | 介護業務            | 2 名 |

### (3) 同センターの設備

|       |       |      |         |
|-------|-------|------|---------|
| 定員    | 1 5 名 | 静養室  | 1 室 (兼) |
| 機能訓練室 | 1 室   | 相談室  | 1 室 (兼) |
| 送迎車   | 5 台   | 運動機器 | 5 台     |

### (4) サービス提供時間及び営業時間

|          |                                        |
|----------|----------------------------------------|
| サービス提供時間 | 1 単位目 : 9 時 ~ 12 時 2 単位目 : 13 時 ~ 16 時 |
| 営業日      | 月 ~ 金曜日 ただし年末年始 (12/29 ~ 1/3) を除く      |
| 営業時間     | 午前 8 時 1 5 分 ~ 午後 5 時                  |

## 2. 運営の方針

- ・事業所の生活相談員等は、要介護者の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立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。
- ・事業の実施に当たっては、牧之原市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 3. サービス内容

- ・送 迎 居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。
- ・日常生活上の世話及び支援  
日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るための支援等を行います。
- ・健康状態の確認 体調や血圧等の確認を行います。
- ・日常生活における相談及び助言  
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

- ・その他日常生活上の援助

利用者に必要な日常生活上の見守り及び援助を行います。

#### 4. サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間 交通事情により、多少の時間の変更があります。
- ・体調確認 当日の朝、利用者の体調確認をお願いいたします。
- ・休みの連絡 午前利用の場合は当日の午前8時15分までに、午後利用の場合は当日の午後12時までに必ずご連絡下さい。ご連絡頂けない場合、もしくは2時間未満に体調不調で帰られる場合にキャンセル料が発生します。

(キャンセル料1,000円)

- ・発熱、インフルエンザ、コロナウイルス

熱が37.5℃以上の場合は受け入れをお断りさせていただくことがございます。

インフルエンザ、コロナウイルスの陽性診断を受けたら、デイサービスの利用は中止となります。

インフルエンザの場合は解熱後3日経過し、医師の許可を得てから利用可能となります。

コロナウイルスの場合はその時の状況で判断させていただきます。

- ・ノロウイルス

嘔吐・下痢が続く場合、医療機関を受診しノロウイルスの診断を受けたら、医師の許可が下りるまで利用中止となります。

- ・その他感染症について

必要時医療関係機関を受診し医師の許可があるまで利用出来ない場合があります。

- ・災害 風水害等による自然災害の場合、施設の受け入れが出来ない場合があります。

#### 5. サービス提供の記録等

- ・サービスの実施毎に記録を作成し、書類等はその完結の日から5年間保存いたします。

#### 6. 料金

##### (1) 利用料金

##### ①介護保険の給付の対象となるサービス

- ・デイサービス利用料金 負担割合の自己負担に応じた金額となります。

|             | 1日あたりの利用料 | 1日あたり自己負担額(1割) |
|-------------|-----------|----------------|
| 要支援1・2      | 3,300円    | 330円           |
| 要介護1        | 4,160円    | 416円           |
| 要介護2        | 4,780円    | 478円           |
| 要介護3        | 5,400円    | 540円           |
| 要介護4        | 6,000円    | 600円           |
| 要介護5        | 6,630円    | 663円           |
| サービス提供体制加算Ⅲ | 60円       | 6円             |

##### その他加算等

- ・介護職員処遇改善加算Ⅱ(介護) デイサービス利用料合計の9.0%
- ・介護職員処遇改善加算Ⅱ(事業対象者・要支援) 30単位/回
- ・送迎減算(介護) 片道につき▲470円(自己負担額 47円)
- ・送迎減算(事業対象者・要支援) 片道につき▲300円(自己負担額 30円)

※なお利用者負担は利用者負担金の割合に応じた金額になります

- ・おむつ代等 別紙参照

## (2) 支払方法

料金・費用は、1か月分ごとにお支払いいただきます。当月の利用料は翌月の27日（金融機関休業日の場合は翌日営業日）に引き落としとなります。

※引き落としできない場合は、現金でお支払いいただく場合があります。

## 7. 通所介護計画

契約を結び、サービスの提供を開始します。その後、介護支援専門員の居宅サービス計画書に基づき通所介護計画書を作成しサービスを実施致します。

## 8. サービスの終了

### (1) 利用者のご都合でサービスを終了とする場合

サービスの終了を希望する1週間前までに文書でお申し出下さい。

### (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か月前までに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。

- ・利用者が介護施設に入院または入所した場合
- ・利用者が死亡した場合

### (4) その他

①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が、守秘義務に反した場合
- ・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が、倒産した場合

②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解除することができます

③次の場合は、事業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させていただきます。

- ・利用者の利用料等の支払いが3か月以上遅延し、利用料等を支払うように催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ・利用者又はその家族が事業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

## 9. 秘密保持

サービスを提供する上で知り得たお客様等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。

## 10. 緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の体調や容体の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに家族または緊急連絡先へご連絡いたします。なお、緊急を要する場合には、救急車の要請を優先させていただきます。

## 11. 非常災害対策

- ・災害時の対応 災害時は、原則としてご家族または代理人の方が迎えに来ていただきます。
- ・防災設備 火災報知器を設置しております。
  - 消火器 1 個
  - 携帯用拡声器 1 個
  - 携帯用照明器具 2 個
  - 警笛 2 個
- ・防災訓練 通報、消火、避難誘導等の消防訓練を年に 2 回実施いたします。  
訓練の実地に際して必要のあるときは、消防職員の指導を要求いたします。  
防災機関または町内会等の実施する訓練には、積極的に参加いたします。
- ・防火責任者 大関 健吾

## 12. 事故発生時の対応

- ・通所介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・また、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 13. 相談・苦情対応

### ①当センターご利用者相談・苦情

電話番号 0 5 4 8 - 2 2 - 4 4 1 9 担 当 大関 健吾

### ②その他

当センター以外に、その他の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・静岡県国保連合会 電話番号 0 5 4 - 2 5 3 - 5 5 9 0
- ・牧之原市健康推進部長寿介護課 電話番号 0 5 4 8 - 2 3 - 0 0 7 6

## 14. 当社の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 牧之原市社会福祉協議会  
代表者役職・氏名 会長 杉本 正  
本部所在地・電話番号 〒4 2 1 - 0 5 2 4  
静岡県牧之原市須々木 1 4 0 番地  
TEL 0 5 4 8 - 5 2 - 3 5 0 0  
FAX 0 5 4 8 - 5 2 - 5 5 8 5

本事業所の第三者評価の実施状況は以下のとおりです

|                 |         |                |  |
|-----------------|---------|----------------|--|
| 実施の有無           | あり ・ なし | 実施した直近<br>の年月日 |  |
| 実施した評価<br>機関の名称 |         | 評価結果の開<br>示状況  |  |

## 15. 定款の事業の目的

社会福祉法人牧之原市社会福祉協議会は、牧之原市における社会福祉事業その他の社会福祉を目的とする事業の健全な発達及び社会福祉に関する活動の活性化により、地域福祉の推進を図ることを目的とする。

16. 定款の定めた事業

- (1) 社会福祉を目的とする事業の企画及び実地
- (2) 社会福祉に関する活動へ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の連絡
- (6) 共同募金事業への協力
- (7) 福祉相談事業
- (8) 福祉資金貸付事業
- (9) 老人居宅介護等事業の経営
- (10) 障害福祉サービス事業の経営
- (11) 老人デイサービスセンターの経営
- (12) 介護予防拠点施設の経営
- (13) 居宅介護支援事業の経営
- (14) 地域活動支援センターの経営
- (15) 移動支援事業の経営
- (16) 地域包括支援センターの受託経営
- (17) 一般相談支援事業の受託経営
- (18) 特定相談支援事業の受託経営
- (19) その他この法人の目的達成のため必要な事業

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

|     |               |   |
|-----|---------------|---|
| 事業所 | 〈事業所〉社協 陽だまり  |   |
|     | 〈住所〉〒421-0422 |   |
|     | 牧之原市静波479番地2  |   |
| 説明者 | 〈所属〉社協 陽だまり   |   |
|     | 〈氏名〉          | 印 |

この契約書および本書面により、事業者から通所介護について重要事項説明を受けました。

|     |          |                 |
|-----|----------|-----------------|
|     | 〒        |                 |
| 利用者 | 〈住所〉牧之原市 |                 |
|     | 〈氏名〉     | 印（本人自署の場合押印省略可） |

|     |        |  |
|-----|--------|--|
|     | 〒      |  |
| 代理人 | 〈住所〉   |  |
|     | 〈氏名〉   |  |
|     | 本人との続柄 |  |

#### 同意書

私および家族は、私の介護サービス計画書作成上必要な場合、私および家族の情報を、介護サービス担当者会議等において用いる場合があることについて同意いたします。

|     |      |                 |
|-----|------|-----------------|
| 利用者 | 〈氏名〉 | 印（本人自署の場合押印省略可） |
|-----|------|-----------------|

|     |        |  |
|-----|--------|--|
| 代理人 | 〈氏名〉   |  |
|     | 本人との続柄 |  |