

株式会社せら
デイサービスぽぽろ

重要事項説明書

通所介護
(介護予防通所サービス)

【重要事項説明書】

事業所は、ご契約者に対して指定通所介護及び介護予防通所介護（以下、「指定通所介護等」という。）を提供します。事業所の概要や提供するサービスの内容、契約上注意していただきたいことを以下のとおり明記します。

1. 事業者

- | | |
|-------------------|---|
| (1) 法人名称 | 株式会社せら |
| (2) 法人種別 | 株式会社 |
| (3) 代表者職・氏名 | 代表取締役 世良 喜久子 |
| (4) 法人所在地 | 熊本市中央区水前寺公園 25 番 46 号 |
| (5) 法人連絡先 | TEL 096-384-4593 FAX 096-384-4593 |
| (6) 法人設立年月日 | 平成 21 年 7 月 1 日 |
| (7) 法人が所有する営業所の種類 | 通所介護・介護予防通所サービス
訪問介護・介護予防訪問サービス
サービス付き高齢者向け住宅 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|-------------------------------------|
| (1) 事業所名称 | デイサービスぼぼろ |
| (2) 事業所番号 | 4370106918 |
| (3) 開設年月日 | 平成 21 年 10 月 15 日 |
| (4) 事業所所在地 | 熊本市中央区新大江1丁目9番 27 号 |
| (5) 連絡先 | TEL 096-371-3646 FAX 096-371-3647 |
| (6) 管理者 | 河津 より子 |
| (7) 営業日及び時間 | 月曜日から土曜日 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで |
| (8) 休業日 | 日曜日、5 月 3 日～5 日、12 月 30 日～1 月 3 日 |
| (9) サービス提供時間 | 午前 9 時 00 分から午後 4 時 30 分まで |
| (10) 利用定員 | 4 5 名 |
| (11) サービス提供地域 | 熊本市 |

3. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

介護保険法の趣旨に従い、利用者がその居宅においてその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるようサービスを提供し、日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消や心身機能の維持、また家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) 運営の方針

介護保険法令の趣旨に従い利用者がその居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自

立した日常生活を営むことのできるよう立案された居宅介護計画に基づき、利用者の心身の機能維持回復を図るためサービスの提供を行うことを方針とします。

4. 職員体制

管理者 1名（生活相談員と兼務）

生活相談員 1名以上

看護職員 1名以上（機能訓練指導員と兼務）

機能訓練指導員 1名以上（看護職員と兼務）

介護職員 1名以上

5. 設備等

- | | |
|---------------|-----|
| (1) 食堂及び機能訓練室 | 1 室 |
| (2) 相談室 | 1 室 |
| (3) 厨房 | 1 室 |
| (4) 静養室 | 1 室 |
| (5) 浴室 | 1 室 |
| (6) 事務所 | 1 室 |
| (7) 送迎車 | 6 台 |

6. サービスの内容

- (1) 健康チェック
- (2) 日常生活の介助（入浴、食事、排泄）
- (3) 生活相談
- (4) 機能訓練、レクリエーション
- (5) 送迎

7. 利用料金

- (1) 介護保険給付対象サービス

①通所介護費〔利用者負担額〕

サービス提供時間区分：7時間以上8時間未満

	1割負担(円／日)	2割負担(円／日)	3割負担(円／日)
要介護 1	658	1,316	1,974
要介護 2	777	1,554	2,331
要介護 3	900	1,800	2,700
要介護 4	1,023	2,046	3,069
要介護 5	1,148	2,296	3,444

サービス提供時間区分:6時間以上7時間未満

	1割負担(円／日)	2割負担(円／日)	3割負担(円／日)
要介護 1	584	1,168	1,752
要介護 2	689	1,378	2,067
要介護 3	796	1,592	2,388
要介護 4	901	1,802	2,703
要介護 5	1,008	2,016	3,024

サービス提供時間区分:5時間以上6時間未満

	1割負担(円／日)	2割負担(円／日)	3割負担(円／日)
要介護 1	570	1,140	1,710
要介護 2	673	1,346	2,019
要介護 3	777	1,554	2,331
要介護 4	880	1,760	2,640
要介護 5	984	1,968	2,952

サービス提供時間区分:4時間以上5時間未満

	1割負担(円／日)	2割負担(円／日)	3割負担(円／日)
要介護 1	388	776	1,164
要介護 2	444	888	1,332
要介護 3	502	1,004	1,506
要介護 4	560	1,120	1,680
要介護 5	617	1,234	1,851

サービス提供時間区分:3時間以上4時間未満

	1割負担(円／日)	2割負担(円／日)	3割負担(円／日)
要介護 1	370	740	1,110
要介護 2	423	846	1,269
要介護 3	479	958	1,437
要介護 4	533	1,066	1,599
要介護 5	588	1,176	1,764

【サービス加算】

	1割負担(円／日)	2割負担(円／日)	3割負担(円／日)
入浴介助加算 I	40	80	120
個別機能訓練加算 I 1	56	112	168

介護職員等処遇改善加算 Ⅱ	合計金額の 9.0%	合計金額の 9.0%×2	合計金額の 9.0%×3
送迎減算	片道あたりー47	片道あたりー94	片道あたりー141

②介護予防通所サービス〔利用者負担額〕

	1割負担(円／月)	2割負担(円／月)	3割負担(円／月)
事業対象者・要支援 1	1,798	3,596	5,394
要支援 2	3,621	7,242	10,863

【サービス加算】

	1 割負担(円／月)	2割負担(円／月)	3割負担(円／月)
送迎減算	片道あたりー47	片道あたりー94	片道あたりー141
介護職員等処遇改善加算 Ⅱ	合計金額の 9.0%	合計金額の 9.0%×2	合計金額の 9.0%×3

(2) 介護保険給付対象外サービス〔利用者負担額〕

食 費	695円(1 食)
レクリエーション費	実 費
紙パット代	50円(1 枚)
紙パンツ代	120円(1 枚)
口座振替手数料	180円(1 か月)

8. 料金の支払いについて

毎月中旬頃に、前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。原則、口座引落としといたしますが、現金による支払い、口座振込も可能です。口座引き落としの方は、28日にご指定の口座より引き落とさせていただきます、領収書はその後、発行いたします。

(1) 口座引落の場合 事務所へ「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」を提出して下さい。

(2) 現金によるお支払い 事務所へ直接お支払いください。

(3) 口座振込の場合 振込先 肥後銀行 味噌天神支店

口座番号 1492297

口座名義 株式会社 せら 代表取締役 世良 喜久子

9. サービスの終了について

(1) 契約者の都合でサービスが終了する場合。

- ・ 事前にお申し出ください。

(2) 自動的にサービスが終了する場合。

- ・ 契約者が介護保険施設等に入所・医療機関等へ入院した場合。
- ・ 介護認定が非該当になった場合。
- ・ 契約者が亡くなった場合や被保険者資格を喪失した場合。
- ・ 利用料の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払いがない場合。
- ・ 事業者が守秘義務に違反した場合。
- ・ 契約者がサービスを継続し難い背信行為を行った場合は文書で通告することにより、サービスを終了することもあります。

10. サービス利用に当たっての留意事項

利用者は、サービスの提供を受ける際には、次の事項について留意をお願い致します。

- (1) 入浴サービスを利用する際は、事前の体調チェックを行うものとし、本人の意思に関わらず、入浴の延期や中止をする場合があることをご了承ください。また、入浴中に体調が悪くなった場合は、速やかに職員へその旨をお伝えください。
- (2) 送迎サービスを利用する際は、職員がお迎えに伺うまで、ご自宅でお待ちください。職員到着以前の外出に起因する事故に関しては、事業所で責任を負いかねますのでご了承ください。
- (3) 貴重品の持ち込みはご遠慮ください。紛失時または破損時に責任を負いかねます。
- (4) 利用者同士の金品の受け渡しは固くお断りいたします。
- (5) 利用日または利用時間を変更される場合は、利用日の前日までにご連絡ください。

11. 損害賠償責任について

事業所がサービスに当たって、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命、財産に損害を与えた場合は、利用者に対して損害を賠償します。

12. 虐待の防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・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) 職員のご利用者に対する人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (2) サービス提供中に、当事業所職員又は養護者(ご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ご利用者を発見した場合は、速やかに、これを保険者に通報します。
- (3) 職員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 事業所は、指定通所介護等の提供を行なっているときに、利用者本人もしくは他の利用者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、利用者の身体を拘束することはありません。やむを得ず、利用者の身体を拘束する場合は、その状況・時間・方法等の詳細を「個別サービス提供記録書」等に記録し、閲覧に供します。

(5) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。

(6) 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。

虐待防止に関する責任者	管理者:河津 より子
-------------	------------

13. 身体拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体拘束を行うことがあります。その場合は態様及び時間、利用者の心身状況、緊急やむを得ない理由、経過並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなければ、直ちに身体的拘束を解く場合。

14. ハラスメント対策の強化

介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容いたしません。
 - ・ 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ばされそうになった)行為。
 - ・ 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。
 - ・ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。上記は、当該職員、取引先事業所の方、ご利用者及びそのご家族等が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しないための再発防止案を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

15. 衛生管理等、感染症対策の強化

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

- (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をおおむね 6 か月に 1 回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底します。
- (4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (5) 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的 to 実施します。

16. 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 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通所介護等の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、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 to 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。

17. 緊急時の対応

事業所は、サービスの提供を行っている際に、利用者の状態に急な変化が生じた場合その他必要な場合、予め利用者より指定のあった主治医、もしくは近隣の救急指定病院へ連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じます。

18. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ・ 事業者は利用者の個人情報について「個人情報保護に関する法律」及び厚生労働省が策定し「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のためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
 - ・ 事業者及び職員は、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。
- 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。
- ・ 事業者は職員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、職員でもある期間及び職員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職員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

- ・ 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も、利用者の個人情報を用いませぬ。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ぬ。
- ・ 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、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。
- ・ 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、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、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。)

19. 非常災害対策の訓練

火災等を想定した消防・避難訓練を、利用者の方も参加していただき実施します。

20. 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、利用者の家族、又は身元引受人並びに熊本市及び関係各機関に連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、サービスの提供により利用者に賠償すべき事故が発生した場合、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、利用者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。
- (3) 事業所は、万が一の事故の発生に備えて、賠償責任保険に加入しています。

21. サービス内容に関する苦情について

当事業所ご利用相談・苦情窓口

事業所	デイサービスぼぼろ 管理者 河津 より子（不在の時には他の職員が対応します。）		
電話番号	096-371-3646	FAX 番号	096-371-3647
受付時間	8:30～17:30（5月3日～5日、12月30日～1月3日を除く）		

上記に、いつでもご相談下さい。

また、当事業所以外に、次の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

利用者苦情 相談窓口	熊本県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談窓口 〒862-8639 熊本市東区健軍2丁目4番10号		
電話番号	096-214-1101	FAX 番号	096-214-1105
受付時間	9:00～17:00（祝祭日を除く月曜～金曜）		

市担当部署	健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課 〒860-8601 熊本市中央区役所 本庁舎 10階		
電話番号	096-328-2793	FAX 番号	096-327-0855
受付時間	8:30～17:15（祝祭日を除く月曜～金曜）		

附 則

この条文は令和1年10月1日から施行する。

この条文は令和3年4月1日から施行する。

この条文は令和5年2月1日から施行する。

この条文は令和5年6月1日から施行する。

この条文は令和5年7月1日から施行する。

この条文は令和6年4月1日から施行する。

この条文は令和6年6月1日から施行する。(処遇改善加算、利用定員変更)

デイサービスぽぽろは、重要事項説明書に基づいて、指定通所介護等のサービス内容および重要事項の説明を行いました。

本書交付を証するため本書を2通作成し、利用者（ご家族またはその代理人等）とデイサービスぽぽろは、記名の上、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者	所在地	〒862-0972 熊本市中央区新大江1丁目9番27号
	事業者名	株式会社せら
	代表者名	代表取締役 世良 喜久子
	事業所名	デイサービスぽぽろ
		TEL 096-371-3646
		FAX 096-371-3647

説明者氏名 _____

私は、重要事項説明書に基づいて、指定通所介護等のサービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

家族代表（利用者との続柄： ）

住 所 _____

氏 名 _____

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____

代理人 （成年後見人等）

住 所 _____

氏 名 _____