

地域密着型通所介護サービス事業重要事項説明書

R8. 6 改

事業所名 所在地	株式会社ヒューマンサービス山梨 いきいきくらぶ 〒400-0502 山梨県南巨摩郡富士川町最勝寺1466番地1 Tel 0556-20-7080 代表取締役 依田 茂 巳 fax 0556-20-7081 事業者番号(介護保険) 1970700314																																												
1 提供可能サービスと通常のサービス提供地域	提供サービス 通所介護 ・日常生活の援助、健康状態の確認 ・入浴介助、食事の提供、食事介助 ・介護等に関する相談及び援助 ・居宅から事業所への送迎	事業の実施地域 南巨摩郡富士川町在籍者を対象に実施 但し、上記以外の地域に在籍する利用者についても、在籍する市町村と個別に相談し、サービス実施の受け入れをします。																																											
2 事業所の勤務体制	○管理者（兼）1名 ○生活相談員（兼）2名以上 ○介護職員（兼含む）4名以上 ○機能訓練指導員（兼）1名以上																																												
3 営業日、営業時間及び休日	営業日 月曜～土曜日（左記曜日の祝日は営業します。） サービス提供時間	営業時間 午前8時20分～午後5時20分 午前9時～午後5時の時間帯	休日 日曜日 年末30日～年始3日																																										
4 利用料及び支払方法	☐ 介護保険の場合と同様に、1割、2割又は、3割が利用者負担となります。 利用者負担金の支払いは、現金又は利用者指定の口座引落としになります。 ☐ 地域密着型通所介護料 <table border="1"> <thead> <tr> <th>介護度 所要時間</th><th>要介護1</th><th>要介護2</th><th>要介護3</th><th>要介護4</th><th>要介護5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3時間以上4時間未満</td><td>416</td><td>478</td><td>540</td><td>600</td><td>663</td></tr> <tr> <td>4時間以上5時間未満</td><td>436</td><td>501</td><td>566</td><td>629</td><td>695</td></tr> <tr> <td>5時間以上6時間未満</td><td>657</td><td>776</td><td>896</td><td>1013</td><td>1134</td></tr> <tr> <td>6時間以上7時間未満</td><td>678</td><td>801</td><td>925</td><td>1049</td><td>1172</td></tr> <tr> <td>7時間以上8時間未満</td><td>753</td><td>890</td><td>1032</td><td>1172</td><td>1312</td></tr> <tr> <td>8時間以上9時間未満</td><td>783</td><td>925</td><td>1072</td><td>1220</td><td>1365</td></tr> </tbody> </table> ☐ 通所介護料に加えて次の加算（ご負担）があります。 ☐ ① サービス提供体制強化加算（Ⅱ）、として1回につき18円 ☐ ② 入浴介助加算（Ⅰ）として1日につき40円 ☐ ③ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ） 国の施策により、介護職員の賃金改善の水準を維持するために、所定介護費に12.5%の加算があります。 ※小数点以下は四捨五入 ☐ ④ 食事代はおやつ代込みで1食550円になります。 ☐ サービスの一環として提供する日常品等以外の、個別に嗜好又は生活上の必要に応じて購入を希望する物については、実費相当額内の費用がかかります。 それぞれの負担があります。なお、送迎加算はありません。			介護度 所要時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	3時間以上4時間未満	416	478	540	600	663	4時間以上5時間未満	436	501	566	629	695	5時間以上6時間未満	657	776	896	1013	1134	6時間以上7時間未満	678	801	925	1049	1172	7時間以上8時間未満	753	890	1032	1172	1312	8時間以上9時間未満	783	925	1072	1220	1365
介護度 所要時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5																																								
3時間以上4時間未満	416	478	540	600	663																																								
4時間以上5時間未満	436	501	566	629	695																																								
5時間以上6時間未満	657	776	896	1013	1134																																								
6時間以上7時間未満	678	801	925	1049	1172																																								
7時間以上8時間未満	753	890	1032	1172	1312																																								
8時間以上9時間未満	783	925	1072	1220	1365																																								

5 サービス実施の記録	(1) サービス実施記録の確認 本事業所では、実施日時、実施したサービス内容等を記録し、利用者にその内容の確認をいただきます。内容に間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。介護計画及びサービス提供ごとの記録は富士川町の条例に定める期間、当該記録を保存します。 (2) 利用者の記録、情報の管理及び開示について 本事業所では、関係法令に基づいて利用者の記録、情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。 (3) 提供するサービスの第三者評価の実施状況 実施していません。
6 虐待の防止について	☐ 本事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。 (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る (2) 虐待防止のための指針の整備 (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施 (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置 ☐ 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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する。 ☐ 虐待防止に関する担当者 当事業管理者 深沢一樹
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に限りま (2) 非代替性 身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限りま (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くなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。
8 相談窓口、苦情対応	利用者、家族から苦情を受けた場合は、「相談苦情対応要領」に基づき迅速、適切に対応し、「相談苦情内容記録票」に記録し、改善内容を関係機関に報告します。 ☐ 当社お客さま相談・苦情担当 当事業所管理者 深沢一樹 電話 0556-20-7080 ☐ 苦情解決に関する第三者委員は設けてありませんが、当社以外に在籍市町村の介護保険相談窓口及び山梨県国民健康保険団体連合会に苦情を申し立てることができます。

	山梨県国民健康保険団体連合会 電話 055-233-9201 富士川町福祉保健課 電話 0556-22-7207 その他各市町村介護保険課へ
9 事故発生時の措置	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は、しかるべく措置をとるとともに、当該事故の状況及び事故に際してとった措置を「事故報告書」によりすみやかに市町村に報告します。 また、利用者家族に対する連絡もすみやかに行います。
10 損害賠償保険への加入	本事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。 保険会社名 安田火災海上保険株式会社 保険名 居宅サービス事業者・居宅支援事業者賠償責任保険 保障の概要 ・体位変換作業中にベッドから転落させ怪我をさせた。 ・入浴介助の際、シャワーが熱すぎて怪我をさせた。 ・業務遂行中の事故で被害者に支払うべき法律上の損害賠償金
11 緊急時の対応方法	利用者の主治医又は事業者の協力医療機関に連絡を行い、医師等の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。 主治医 医院名： 連絡先TEL 緊急連絡先名前： 連絡最TEL 協力医療機関 富士川病院 0556-22-3135 峡南病院 0556-22-4411 飯富病院 0556-42-2322 くつま整形外科医院 0556-22-6688 初鹿歯科医院 0556-22-6262 くぼた内科胃腸科医院 0556-22-0301
12 衛生管理	☐ 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講ずるものとする。 ☐ 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の各号に掲げる措置を講じるものとする。 (1) 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図る。 (2) 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する。 (3) 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する。
13 非常災害対策	(1) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等について責任者を定め、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。 (2) 事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとする。

1 4 業務 継続計画 の策定等 について	(1) 事業所は、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るものとする。 (2) 事業所は、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に実施するものとする。 (3) 事業所は、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ものとする。
1 5 地域 との連携 について	(1) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、運営推進会議を設置し、効果的な運営を図る。 (2) 事業の運営に当たっては、地域住民又は地域住民の行う自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努める。 (3) 運営推進会議の構成員は、利用者、利用者家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者とし、会議は概ね6ヶ月に1回以上開催する。 (4) 会議開催に当たって、会議構成員に開催案内を通知し出席依頼を行うものとする。 (5) 事業所は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに当該記録を公表するものとする。
1 6 個人 情報の保 護	(1) あらかじめ利用目的をできるかぎり特定し、その利用目的の達成に必要な範囲内でのみ個人情報を取り扱います。 (2) 個人情報は適正な方法で取得し、取得時に本人に対して利用目的の通知公表等を行い、同意書をいただきます。 (3) 従業者は、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。 (4) 従業者は、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するため従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を雇用者との間の雇用契約に誓約します。
1 7 個人 の写真の 使用につ いての同 意	(1) 弊社の事業紹介や取り組みを紹介する用途に限り、事業所内で撮影いたしました、第三者から見てご本人様と認識できるようなご利用者様の画像・写真を使用させていただきたく思います。ご理解・ご協力をいただければ幸いです。 (使用目的は広報紙、運営推進会議、パンフレットなどで使用させていただきます。) ※肖像などを撮影した画像・写真を使用することを、理解して同意します。 この同意により、本人または第三者から、クレームなどの異議申し立てが一切なされないことを保証します。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり上記重要事項を説明し、利用者、家族及び事業者が記名押印し、
契約を締結します。

事業者	山梨県南巨摩郡富士川町長沢 6 8 7 番 2	
	株式会社ヒューマンサービス山梨	
	代表取締役 依 田 茂 巳	印
説明者	所属 いきいきくらぶ	
	氏名	印

サービス契約の締結にあたり上記重要事項の説明を受け、利用者、家族及び事業者が
記名押印し、契約を締結します。

利用者	住所	
	氏名	印
	連絡先 電話	
家 族	住所	
	氏名	印
	連絡先 電話	
	続柄	