

甲賀荘デイサービスセンター  
地域密着型通所介護事業 重要事項説明書

滋賀県甲賀市甲賀町大原中 904 番地

社会福祉法人 甲賀会

Ver. R2. 1. 1

甲賀荘デイサービスセンターをご利用頂くに先立ち、是非ともご了解をいただく必要がある事項についてご説明申し上げますので、これを基に契約の有無をご判断下さい。

1. 事業者 法人名 社会福祉法人 甲賀会  
所在地 滋賀県甲賀市甲賀町大原中 904 番地  
代表者 理事長 中村 三郎  
(TEL 0748-88-5723 FAX 0748-88-5774)

2. 事業の概要

- 1) 名称及び住所 甲賀荘デイサービスセンター  
滋賀県甲賀市甲賀町大原中 904 番地
- 2) 事業の目的 介護保険法の趣旨に従い、利用者ができる限り居宅において自立した生活が送れるよう援助し、さらに社会的孤立感の解消等に努めるとともに、その家族の身体的、精神的負担の軽減を図ろうとすることを目的とします。
- 3) 運営方針 利用者個々の介護計画を大切にしながら、利用者全員がなごやかな雰囲気の中かで過ごし、社会的孤立感の解消や機能回復訓練を兼ねたレクリエーションを通じて、心身機能の減退を防止することなどに努めます。
- 4) 利用定員 18 名（介護予防通所介護と併せ）
- 5) 対象地域 甲賀市甲賀町の区域（希望があれば区域外も可）
- 6) 利用日及び利用時間 毎週、月・火・水・金・土曜日とする。（この間の祝日は営業、毎週木・日曜日と年末年始 [12/30～1/3]は休業）  
受付時間 午前 8:20～午後 5:20  
利用時間 午前 9:30～午後 3:45
- 7) 設備等 日常動作訓練室兼食堂、浴室（リフト付き普通浴槽、特殊浴槽）休憩室、送迎車 7 台
- 8) 第三者評価 実施の有無 無

3. 職員体制及び職種（介護予防通所介護事業所と兼務） 令和 2 年 1 月 1 日現在

|       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 管 理 者 | 1人（兼） | 職員及び業務の管理等 |
|-------|-------|------------|

|         |    |   |
|---------|----|---|
| 相 談 員   | 1人 | 利用者又は家族の生活相談に応じると共に、<br>計画に基づいたサービス実施のための連絡調整 |
| 看 護 職 員 | 1人 | 主として利用者の健康管理等                                 |
| 介護職員    | 4人 | 主として利用者の介護、介助                                 |

#### 4. サービス内容

通所介護計画に基づいて送迎、食事の提供、入浴介助や遊びを通してレクリエーション・リハビリを中心に必要な介護等を行います。

##### ○主たる日課

午前 8:45 迎え ゲーム、音楽、手芸等々 入浴 一昼食12:00

午後 レクリエーション、リハビリ、排泄介助 送り 15:45

- ・利用者の希望により、自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
- ・食事サービスのご利用は任意です。
- ・利用者の状況に応じ、適切に介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
- ・状態に応じて入浴または清拭を行います。入浴サービスのご利用は任意です。
- ・衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身介助を行います。
- ・利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
- ・血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。

#### 5. サービス利用時の家庭での留意事項および連絡

①体調確認 ②病気等による欠席 ③サービス中止・変更（入浴、食事、時間）等の場合はご連絡下さい。

#### 6. 料金

下記の料金表によって、ご契約者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と居室、食事に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。

(1) 保険給付対象サービス

○地域密着型通所介護費

| 要介護度 | 要介護 1     | 要介護 2     | 要介護 3     | 要介護 4       | 要介護 5       |
|------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------------|
| 単位数  | 666<br>単位 | 786<br>単位 | 908<br>単位 | 1,029<br>単位 | 1,150<br>単位 |
| 1割負担 | 684円      | 808円      | 933円      | 1,057円      | 1,181円      |
| 2割負担 | 1,368円    | 1,615円    | 1,865円    | 2,114円      | 2,362円      |
| 3割負担 | 2,052円    | 2,422円    | 2,798円    | 3,171円      | 3,543円      |

※ ご契約者様がまだ要介護認定を受けていないまたは、保険料の滞納がある場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※ 介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者様の負担額を変更します。

○入浴介助加算

一日あたり 50単位  
1割負担 52円  
2割負担103円  
3割負担154円

入浴介助を行った場合に自己負担が必要となります。

○中重度者ケア体制加算

一日あたり 45単位  
1割負担 47円  
2割負担 93円  
3割負担139円

要介護度 3 以上の利用者の割合が 3 割以上あり、介護・看護職員を指定基準より 2 名以上多く配置し、サービス提供時間を通じて 1 名以上の看護師を配置した場合に自己負担が必要となります。

○認知症加算

一日あたり 60単位  
1割負担 62円

2割負担124円

3割負担185円

認知症高齢者の日常生活自立度がⅢa以上の利用者の割合が2割以上あり、介護・看護職員を指定基準より2名以上多く配置し、サービス提供時間を通じて1名以上の認知症介護研修修了者を配置した場合に自己負担が必要となります。

|           |       |          |
|-----------|-------|----------|
| ○口腔機能向上加算 | 一回あたり | 150単位    |
|           |       | 1割負担154円 |
|           |       | 2割負担308円 |
|           |       | 3割負担462円 |

口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、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に月2回を限度に自己負担が必要となります。

○サービス提供体制強化加算

|                    |       |         |
|--------------------|-------|---------|
| ① サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ | 一日あたり | 18単位    |
|                    |       | 1割負担19円 |
|                    |       | 2割負担37円 |
|                    |       | 3割負担56円 |
| ② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ | 一日あたり | 12単位    |
|                    |       | 1割負担13円 |
|                    |       | 2割負担25円 |
|                    |       | 3割負担37円 |
| ③ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  | 一日あたり | 6単位     |
|                    |       | 1割負担7円  |
|                    |       | 2割負担13円 |
|                    |       | 3割負担19円 |

通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の資格を有する職員の割合が100分の50以上となった場合にサービス提供体制強化加算（Ⅰ）イを、介護福祉士の資格を有する職員の割合が100分の40以上となった場合にサービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロを、通所介護事業所の通所介護サービスを直接提供する従事者の総数のうち、勤続年数3年以上の職員割合が100分の30以上となった場合にサービス提供体制強化加算（Ⅱ）の自己負担が必要となります。

※ いずれかの加算を算定している場合は、他の加算の算定は行わない。

○介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

上記記載の利用料のうち、算定した額に 1000 分の 59 に相当する単位数の利用者負担があります。

○介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）

上記記載の利用料のうち、算定した額に 1000 分の 12 に相当する単位数の利用者負担があります。

※ 甲賀市は地域区分が「6 級地」であるため、上記表の単位数に 10.27 円 を乗じた金額の介護保険負担割合証に記載の割合が自己負担となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

以下の金額は、介護保険給付サービスの対象外として、利用料金の全額が利用者の負担となります。

- ・ 食事の提供に要する費用（昼食）自己負担金 650 円
- ・ おやつ代（一日あたり） 50 円
- ・ 紙パンツ・紙パッド・おむつ・衛生材料費 実 費
- ・ 記録表等コピー代（1 枚） 10 円
- ・ キャンセル料等

サービス提供日の前日午後 5 時以前の通知 徴収は行いません。

サービス提供日の前日午後 5 時以降の通知 ¥650 円

※サービス提供日の給食費として徴収いたします。

・ 体調不良による中止

当日の途中に利用者が体調を崩したためにやむを得ず 5 時間未満でサービス提供を中止した場合は、利用者負担の軽減の観点から、3 時間以上 5 時間未満の所定単位数を算定する。ただし、3 時間以内で中止した場合は、サービス費は算定しないが、給食費として ¥650 円及び、入浴介助を行った場合は ¥500 円を徴収いたします。

・ 交通費

ご利用の方の自宅が甲賀市甲賀町外の方は、合理的な送迎経路における甲賀市甲賀町境界からご自宅までの間片道 1 km 当り 50 円にて計算した額で申し受けます。1km 未満の端数については切捨てします。

・ レクリエーション等にかかる費用については別途実費負担となります。

7. 利用料金の支払い方法

前記（1）、（2）の料金、費用は 1 ヶ月ごとに計算し、毎月 15 日にまでに請求書を送付します。利用料金の支払いは下記のいずれかの方法で月末までにお支払いください。

① 事業所での現金払い

② 口座引落とし

関西みらい銀行、滋賀銀行、甲賀農業協同組合、滋賀県信用組合

③ 事業者指定口座への振込

関西みらい銀行 甲賀支店

普通預金 0044417

シヤイククホウジン コウガカイ リジチョウ ナムラ サブロウ

社会福祉法人 甲賀会 理事長 中村 三郎

## 8. 健康診断書等

サービス提供前に主治医等の健康診断を受け、診断書（意見書）または診療情報提供書を提出していただきます。その際、感染症等を有し、他のご利用者様に重大な影響を与えるおそれがある等やむを得ない場合には、治癒するまではサービスの提供をお断りする場合がありますのでご了承ください。

## 9. サービス提供の記録

毎回のサービス終了時に個別記録表（処遇記録）を作成し、その完結の日から 2 年間これを保管します。ご契約者様及びご家族は、事業所の営業時間内において事業所にて個別記録表を閲覧することができます。また、ご契約者様は、ご自身に関する個別記録表の複写物の交付を受けることができます。

## 10. 協力医療機関、バックアップ施設（緊急時の対応）

サービスの提供を行っているときに、利用者の病状に急変が生じた場合、ベッド、車椅子等から転落、転倒等予期せぬ事を起こし、施設内対応が困難となった場合には、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師、又は協力医療機関の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

当事業所では、ご契約者様の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

※緊急時の場合には、基本にご契約者様のご家族の付き添いにより受診していただきます。状況に応じて当事業所職員も同行いたします。

（下記医療機関での優先的診療、入院等を約束するものではありません）

① 公立 甲賀病院（協力医療機関）

甲賀市水口町松尾 1256 電話 0748-62-0234

② 医療法人仁生会 甲南病院（協力医療機関）

甲賀市甲南町葛木958 電話 0748-86-3131

## 11. 非常災害対策

災害時の対応・・・職員の誘導により所定の場所に避難

防災訓練 ……年 4 回以上避難訓練実施

防火設備 ……自動火災報知機、誘導灯、非常通報装置、消火器、スプリンクラー

防火管理者 ……中 村 彰 宏

## 12. サービス内容等の相談・苦情

- ① 当事業について、不信、苦情、相談等がありましたら、下記担当者までご連絡下さい。

苦情受付担当者 中村 和美 (生活相談員)

苦情解決責任者 中村 彰宏 (荘長)

- ② 社会福祉法人甲賀会が設置する苦情解決委員に相談することもできます。

広岡 善夫 (0748-88-3371)

山本 篤之 (0748-88-5217)

野口 洋子 (0748-70-2097)

- ③ 下記機関におきましても相談・苦情の窓口が設けられています。

|                                   |
|-----------------------------------|
| 甲賀市役所 健康福祉部長寿福祉課                  |
| 住所 甲賀市水口町水口 6053 TEL 0748-69-2165 |
| 滋賀県国民健康保険団体連合会                    |
| 住所 大津市中央四丁目 5-9 TEL 077-522-2651  |

## 13. 秘密保持

当事業所の職員は、業務上知り得たご契約者様、又はそのご家族の秘密保持を厳守します。また、職員であった者が、業務上知り得たご契約者様、又はご家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

## 14. 個人情報の保護

サービス担当者会議において、ご契約者様の個人情報を用いる場合は、ご契約者様の同意を、ご契約者様のご家族の個人情報を用いる場合は、ご家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

ご契約様様の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。

個人情報の取扱いに関するご契約者様からの苦情については、苦情処理体制に基づき適性かつ迅速に対応するものとします。

#### 15. 実習生受け入れについて

当施設では、実習生及びボランティアを受け入れております。利用者個人情報等の守秘義務については十分に配慮いたしますので、受け入れについてご了承ください。

#### 16. 身体拘束その他の行動制限

サービスの提供にあたり、ご契約者様、又は他のご利用者様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、隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法によりご契約者様の行動を制限しないものとします。

ご契約者様に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限する場合は、ご契約者様に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行うものとします。又この場合は、事前、又は事後速やかに、ご契約者様のご家族等に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。

隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限した場合には、記録に次の事項を記載するものとします。

- ① 行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
- ② 前項に基づくご契約者様に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
- ③ 前項に基づくご契約者様のご家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

#### 17. 損害賠償責任

サービス提供にともなって事業者の責めに帰すべき事由により、ご契約者様が損害を被った場合、事業者はご契約者様に対して損害を賠償するものとします。

ご契約者様の責に帰すべき事由によって、事業者が損害を被った場合、ご契約者様及び代理人は連帯して事業者に対してその損害を賠償するものとします。

但し、事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① ご契約者様が本契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② ご契約者様がサービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ③ ご契約者様の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない

事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

- ④ ご契約者様が事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

#### 18. サービス利用にあたっての留意事項

- ① サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- ② サービス提供前に健康チェックを行い、結果によっては、入浴サービス等を中心する場合があります。
- ③ 他の利用者の迷惑になる行為（喫煙、飲酒など）はご遠慮ください。
- ④ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ⑤ 事業所内で、他のご利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動等をご遠慮ください。

#### 19. 人権への配慮等

利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、責任者を設置し、従業者に対し研修の機会を確保します。

|           |        |         |
|-----------|--------|---------|
| 同和教育推進委員長 | 中村 彰宏  | (  庄長)  |
| 人権推進員     | 中村 ゆかり | (  看護師) |

#### 20. 非常災害対策

災害発生の際にその事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携および協力を行う体制を構築するよう努めます。

#### 21. 終末期の対応

主事の医師により一般的に認められている医学的見地から判断して回復の見込みが無いと判断し、かつ、医療機関での対応の必要性が薄いと判断した対象者につき、利用者または家族が看取り介護を実施している場合、その主事の医師の指示に従い施設で出来る看取り介護の体制構築に努めます。

通所介護事業について、本書面にに基づき重要事項を説明し交付しました。

年 月 日

|     |      |                                   |
|-----|------|-----------------------------------|
| 事業者 | 所在地  | 滋賀県甲賀市甲賀町大原中904番地                 |
|     | 法人名  | 社会福祉法人 甲 賀 会<br>(指定番号) 2571400155 |
|     | 事業所名 | 甲賀荘デイサービスセンター                     |
|     | 管理者  | 中 村 彰 宏                           |
|     | 説明者  | _____ 印                           |

私は、通所介護事業について事業所職員から重要事項の説明を受け内容を確認しました。

本 人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 (本人から見て) \_\_\_\_\_