

総合事業通所介護
重要事項説明書
個人情報同意書

様

デイサービス テラス青山
社会福祉法人 宝寿会

総合事業通所介護 重要事項説明書

当事業所はご契約者様に対して通所介護サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1.事業者（法人）の概要

事業者（法人）名称	社会福祉法人 宝寿会
法人所在地	神崎郡神河町福本字中茶山1241-3
代表者（職名・氏名）	理事長 小野田 準子
設立年月日	平成 5 年 4 月 2 日
電話番号	0790-32-2257
FAX番号	0790-32-2596

2.事業所の概要

事業所の名称	デイサービス テラス青山	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
事業所の所在地	姫路市青山1470番地141	
電話番号	079-267-7115	
FAX番号	079-267-7112	
指定年月日・事業所番号	令和 3 年 6 月 1 日	2894001250
管理者氏名	大前 八潮（ケアハウス青山苑施設長兼務）	
実施単位・利用定員	2単位	10名
事業所営業日	月～金曜日（祝日営業）8時30分～17時30分 （※年末年始12月30日～1月3日は除く）	
通常の実施サービス提供地域	姫路市（家島町、安富町を除く）	
第三者評価の有無	無	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態または要介護状態にあるご利用者が、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、地域密着型通所介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	1) 利用者様の心身の状況や家庭環境を踏まえ、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、利用者様の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。 2) 利用者様並びにご家族様の身体的・精神的負担が軽減できるように努めます。 3) 地域の保健・医療・福祉サービス等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。

4. 営業日時

営業日時	月～金曜日（祝日営業） / 8時30分～17時30分
休日	土・日曜日、年末年始12月30日～1月3日
サービス提供時間	午前 9時15分～12時30分
	午後 13時30分～16時45分

5. 職員の職種・人員配置・職務内容

職種	人員	従事するサービス内容等
管理者	1名（常勤兼務）	業務の管理を一元的に行います。
生活相談員	1名以上（常勤）	利用者様並びにその家族からの相談に応じるとともに、利用の申し込みに関わる調整や介護サービスの計画の作成を行います。
介護職員	1名以上（常勤）	送迎・移動・排泄の介助や機能訓練等を他の指導員とともにを行います。
看護職員	1名以上（常勤兼務）	利用者様のサービス提供中および提供前後の心身の状況等の把握を行います。利用者様の体調が急変した場合は必要な応急処置並びに緊急時の対応等も行います。
機能訓練指導員	1名以上（常勤兼務）	利用者様の機能訓練を担当し、必要な機能の回復や減退を防止するための訓練を実施します。

6. 事業所が提供するサービス

< 計 画 書 作 成 > ・地域密着型通所介護計画書 ・運動器機能向上計画書 ・個別機能訓練計画書		①居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者様の意向や心身状況等の課題を明らかにし、援助目標に応じてサービス内容を定めた計画書を作成します。 ②計画書の作成に当たっては、内容を十分に説明した後、同意を受け、交付いたします。
ご 利 用 様 の 送 迎		事業所の送迎車により、ご自宅から事業所までの間、送迎いたします。
日常生活支援	おやつ・水分摂取の介助	ご利用者様の身体状況、咀嚼・嚥下状況に応じ提供いたします。
	排 泄 介 助	必要に応じ、トイレの誘導、見守り、おむつ交換等を行います。
	更 衣 介 助	必要に応じ、上着・下着等の更衣の介助を行います。
	移 動 ・ 移 乗 介 助	必要に応じ、室内の移動・送迎車や車椅子への移乗を行います。
機 能 訓 練		ご利用者様の状態に適切に対応し、機能訓練を行います。
レ ク リ エ ー シ ョ ン		能力・希望に応じ、集団的に行うゲーム・脳トレーニングや歌唱・体操等を行います。必要に応じ、職員が個別にサポートします。
創 作 活 動 等		機能訓練や脳トレーニングの一環として、創作活動等を実施します。

7（１）介護サービスの利用料

総合事業通所介護 デイサービステラス青山 令和 6 年 4 月 1 日改定			利用 回数	単位数	ご負担額の目安(月額)		
					1 割負担	2 割負担	3 割負担
基本料	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 事業対象者		週 1 回	1,798 単位	1,823 円	3,646 円	5,470 円
	☐ 要支援 2 ☐ 事業対象者		週 2 回	3,621 単位	3,672 円	7,343 円	11,015 円
	☐ 口腔機能向上加算			150 単位	153 円	305 円	457 円
	☐ サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)		週 1 回	88 単位	90 円	179 円	268 円
			週 2 回	176 単位	179 円	357 円	536 円
減算	☐ 同一建物減算		週 1 回	-376 単位	-382 円	-763 円	-1,144 円
			週 2 回	-752 単位	-763 円	-1,525 円	-2,288 円
合計	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 事業対象者	青山苑の方	週 1 回	1,510 単位	1,532 円	3,063 円	4,594 円
	☐ 要支援 2 ☐ 事業対象者		週 2 回	3,045 単位	3,088 円	6,176 円	9,263 円
	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 事業対象者	在宅の方	週 1 回	1,886 単位	1,913 円	3,825 円	5,738 円
	☐ 要支援 2 ☐ 事業対象者		週 2 回	3,797 単位	3,851 円	7,701 円	11,551 円
+							
加算					ご負担額の目安(月額)		
☐ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数×9.2%×10.14×負担割合(1割・2割・3割)					円		

様 介護保険ご負担額合計額 円

(注 1) 上記の基本料及び加算・減算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が 7 級地のため、単位数に 10.14 を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本料も自動的に改定されます。なお、その場合は事前に新しい基本料等を書面でお知らせします。

(注 2) 上記のご利用者様負担額は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

(注 3) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくことになりますのでご注意ください。

お や つ 代 ・ お 茶 代	1 回のご利用につき 1 0 0 円
写 真 の 交 付	1 枚につき 1 0 円
紙 お む つ 代 ・ 紙 パ ッ ド 代	実費相当額 経済状況の変化、その他やむを得ない事由がある場合は変更することがあります。 その場合は 2 ヶ月前までにご説明します。
レクリエーション・創作活動費	必要経費、材料代等の実費をいただきます。

7（2）その他の費用【介護保険の給付対象外のサービス】

7（3）利用料金支払い方法

支 払 方 法	支払い要件等
口座引き落とし	当月 1 日から末日までの合計額を翌々月の月末に、ご指定の金融機関の預金口座より自動引き落としによるお支払いとなります。
現 金 払 い	当月 1 日から末日までの合計額の請求書を翌々月の中ごろにお渡しします。月末までに現金にてお支払いください。

利用料は次の方法によりお支払いください。

7（4）サービス利用の中止・変更

サービス利用予定日の前に利用を中止することができます。
原則として、利用予定日の前々日までに事業所に申し出てください。
同月内であればご希望の日に振り替えることができます。ただし、事業所の稼働状況によりご希望に添えない場合があります。
その場合は、他の利用可能日時をご利用者に提示し、協議します。
利用日の前々日までに連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は以下の通り、キャンセル料をいただきます。ただし、ご利用者様の体調や容態の急変など、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。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日の前々日までにご連絡をいただいた場合	無料
利用日の前日までにご連絡をいただいた場合	当日のご利用者様負担額の 5 0 % の額
利用日の前日までにご連絡がなかった場合	当日のご利用者負担額の全額

8. サービスの終了

次の場合にはサービスは終了となります。

【1】ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する 7 日前までに解約届書をご提出ください。
ただし、利用者様の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

【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、サービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、速やかに文書で通知します。

【3】自動終了

利用者様が死亡した場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

【4】その他

(1) 次の場合は、利用者様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。

- ①事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ②事業者が守秘義務に反した場合
- ③事業者が利用者様、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
- ④事業者が倒産した場合

(2) その他、利用者様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約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く場合があります。

- ①利用者様の利用料の支払いが 3 ヶ月以上遅延し、利用料を支払うよう催告したにも拘わらず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ②利用者様またはその家族が、事業者や従業者あるいは他の利用者様に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行なった

場合

9. 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) サービス利用中に体調が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 体調によってはサービスの提供をお断りすることがあります。
当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。
- (3) 体調や容体の急変などにより、サービスを利用できなくなった時は、できるだけ早めに担当の介護支援専門員または当事業所にご連絡ください。
- (4) 居室および共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、利用者様または代理人に自己負担により現状に復していただくか、相当の対価をお支払いいただく場合があります。
- (5) サービス利用に関係のない物の持ち込みはご遠慮ください（特に金品）。紛失された場合、当事業所では責任を負いかねますので、ご了承ください。
- (6) 事業所内での食品をはじめとした様々な品物のやり取りはなさらないようにお願いします（特別な事情がある場合は、事前に職員にご相談ください）。
- (7) 他の利用者様や当事業所の従業者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動、その他行為を行わないようお願いします。
- (8) 施設内は禁煙です。

10. 守秘義務等

- (1) 利用者様に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管します。
- (2) 事業者および従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者様およびその家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、職員の雇用契約終了後も同様とします。

11. 事故発生時の対応

利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに当該ご利用者様の家族、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、賠償すべき事故が発生した場合については、速やかに損害賠償（極度額 500万円）を行います。

12. 緊急時における対応方法

サービス提供中に、利用者様の容体の変化等があった場合は、医療機関及び家族並びに必要と判断される関係者等に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

医療を必要とする場合には下記協力医療機関において診療等を受けることができます。

ただし、下記医療機関での優先的な診療や治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療や治療を義務づけるものでもありません。

協 力 医 療 機 関	書写西村内科
所 在 地	姫路市書写 1 0 1 9 - 6 2 0
診 療 科	一般内科 循環器内科 消化器内科

13. 身体的拘束等

事業者は、利用者様または他の利用者様の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束、その他、利用者様の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行いません。

身体的拘束を行う場合には、事前に利用者様または家族に説明を行います。やむを得ない事情により事前に説明を行わなかった場合は、身体的拘束等を行った後、速やかに、当該利用者様またはその家族に、身体的拘束等の態様等を説明します。また、その態様及び時間、その際の利用者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

14. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者様の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げる通り、必要な措置を講じます。

- （１）従業者に対する人権擁護・虐待防止を啓発するための研修を実施しています。
- （２）従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者がご利用者様の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- （３）サービス提供中に、当事業所の従業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかに市町村に報告します。

15. 衛生管理等

利用者様の使用する施設、食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じます。また、事業所において感染症の発生、及び蔓延を防止するために必要な措置を講じます。

16. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境および利用者様の特性に応じて、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。また、事業所は防災計画に基づき年2回、利用者様および従業員等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

17. ハラスメントの防止対策

事業者は、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しません。

- ①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- ②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
- ③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、利用者様及びその家族が対象となります。

- (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即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。

- (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、利用契約の解約等の措置を講じます。

18. 苦情の受付について

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

窓 口	デイサービス テラス青山	
電 話 番 号	(079)267-7115	
窓 口 担 当 者	(生活相談員) 加藤 美樹	
苦情解決責任者	(管 理 者) 大前 八潮	
第 三 者 委 員	(民生委員)岸岡 孝昭	079-266-3529
	(宝寿会理事)中村シゲ子	090-3895-9267
時 間	9:00～17:00	
営 業 日	月～金曜日(祝日営業) ※年末年始12月30～1月3日除く	

(1) 事業所の窓口

国民健康保険連合団体 (介護サービス苦情相談窓口)	神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号：(078)332-5617
姫路市役所 介護保険課	姫路市安田4丁目1番地 電話番号：(079)221-2445

(2) 行政機関その他苦情受付機関

通所介護計画契約等における個人情報使用について

利用者様、家族様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させていただきます。

1 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合

2 使用にあたっての条件

※個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲で必要最小限に留め
情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

※事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3 個人情報の内容(例示)

※ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他一切の利用者様や家族に関する情報

※ 認定調査票(79項目及び特記事項)、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見(認定結果通知書)

※ その他の情報

<肖像権について>

当事業所の、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する

同意しない

令和 年 月 日

指定居宅サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項及び個人情報の使用についての説明を行いました。

事業者	社会福祉法人 宝寿会
	理事長 小野田 準子
事業所	デイサービス テラス青山
説明者職名	生活相談員 加藤 美樹 印

私は本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の使用についての説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）	
住所	
氏名	印

利用者家族	
住所	
氏名	印

利用者家族代表	
住所	
氏名	印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の使用についての説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しましたので、私が契約者に代わって、署名を代行いたします。

署名代行者

住所

氏名

(契約者との関係

)

印

立会人

住所

氏名

(契約者との関係

)

印