

デイサービスセンター清鈴園重要事項及びサービス内容説明書  
(地域密着型通所介護説明書)

利用者（以下、「甲」と言う）とデイサービスセンター清鈴園（以下、「乙」と言う）とで、乙の甲に対する地域密着型通所サービスの提供開始にあたり、乙が説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 西中国キリスト教社会事業団
事業者の所在地	広島県廿日市市原10362番地の2
代表者名	理事長 藤田 修
電話番号	0829-38-0011
設立年月日	1967（昭和42）年3月28日

2 ご利用の施設

事業所の名称	デイサービスセンター清鈴園
事業所の所在地	広島県廿日市市原10362番地の2
管理者の名前	香川 誠二
定員	18名
電話番号	0829-38-0011
ファクシミリ番号	0829-38-1192
事業所番号	第3472700214号

3 通常の送迎実施地域

実施地域	廿日市市（吉和・佐伯・宮島地区を除く）
------	---------------------

4 事業者が実施するその他の事業

介護保険サービス

サービスの種類	広島県知事の指定		利用定数
	指定年月日又は事業開始日	事業所番号	
介護老人福祉施設	1971(昭和46)年7月29日	第3472700263号	58人
(介護予防) 短期入所生活介護	2000(平成12)年3月16日	第3472700222号	4人

介護保険外サービス

老人介護支援センター	2006年度

## 5 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法の定めるところにより、ご契約者（利用者）が可能な限りその居宅において、豊かにかつその能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように支援すると共にご家族の心身の負担の軽減を図ることを目的とする。
施設運営の方針	<p>(1) 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び個別機能訓練を行うと共に、利用者の社会的孤立感の解消及び心身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</p> <p>(2) 利用者及びその家族(以下「利用者等」という。)の自己決定を尊重し、選択利用に必要な情報を適切に提供し意向に沿ったサービスの提供に努めます。</p> <p>(3) 正当な理由なくサービスの提供を拒まず、またサービス提供にあたっては居宅介護支援事業所及び福祉，保健，医療や公私のサービスと連携し、効果的なサービス提供に努めます。</p>

## 6 主な施設、設備

設備の種類	数	面積	一人あたりの面積
食堂及び機能訓練室	2 室	178.16 m <sup>2</sup>	9.89 m <sup>2</sup>
静養室	1 室	17.64 m <sup>2</sup>	0.98 m <sup>2</sup>
面会室（相談室）	2 室	36.00 m <sup>2</sup>	2.00 m <sup>2</sup>
浴室	1 室	24.0 m <sup>2</sup>	1.33 m <sup>2</sup>

(注 1)食堂及び機能訓練室の指定基準は、一人あたり 3 m<sup>2</sup>です。

## 7 職員体制

職種	員数	勤務体制	
管理者	1 人	常勤	1 名 9時00分～18時00分
生活相談員	1 人以上	常勤兼務	2 名 8時30分～17時30分
看護職員	1 人以上	非常勤専従	2 名 9時00分～16時00分
介護職員	2 人以上	常勤兼務	2 名 8時30分～17時30分
		非常勤専従	5 名 8時30分～16時30分
機能訓練指導員	1 人以上	非常勤専従	1 名 9時00分～13時00分

## 8 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（但し12月29日から1月3日までは除く）
サービス提供時間 （営業時間）	9時30分～15時45分 （8時30分～17時30分）

## 9 地域密着型通所介護サービスの概要

(1) 別添「サービス内容説明書」による。

(2) 地域密着型通所介護計画

①当事業所では、あなたの心身の状況やご希望、環境を踏まえて、機能訓練などの目標やそれを達成するための具体的なサービス内容を記載した地域密着型通所介護計画書を作成します。

②この地域密着型通所介護計画書は、介護予防サービス計画が作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。

(3) 安全、衛生

介護予防サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全・衛生に常に注意します。

## 10 留意事項

①サービス開始にあたって乙の従事者が予め承知しておくべき心身の状態や主治医からの注意事項、日常生活上利用者などが注意していることなど漏れなく知らせていただくこと。

②利用当日は送迎時等に健康状態など従事者がその日のサービスに当たって承知しておくべきことを漏れなく知らせていただくこと。

③他の利用者に感染する恐れのある疾患等がある場合は、当日の利用を中止していただくこと。

④利用日以降、感染の可能性がある疾患に罹患していることが判明した場合には、速やかに乙に連絡していただくこと。

⑤他の利用者の迷惑になるような言動があり、他の利用者が耐えがたく従事者が工夫、努力してもいかんともしがたい場合は利用を中止していただくこと。

⑥利用日に休む場合は早めに(体調不良等やむを得ない場合を除き、少なくとも3日前まで)連絡していただくこと。

## 11 利用料

### 地域密着型通所介護

(1) 利用料の額は、介護報酬告示の額とします。その1割が自己負担となります。

一定以上の所得のある方はサービス利用時の負担割合が1割から2割・3割になります。介護保険負担割合証に1割又は2割・3割の記載がされているのでご確認下さい。

(2) 告示に基づく要介護度別の単位(1単位：10.14円)は次の通りです。

なお入浴をした場合は、要介護度別単位に加算した合計額の1割又は2割・3割が自己負担となります。

#### 地域密着型通所介護事業所基本サービス費

6時間以上7時間未満	1割負担	2割負担
要介護1	678単位	1356単位
要介護2	801単位	1602単位
要介護3	925単位	1850単位
要介護4	1049単位	2098単位
要介護5	1172単位	2344単位

#### 加算要素

項目	1割負担	2割負担
① 入浴加算	40単位	80単位
② サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位	36単位
③ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数×9.2%	

#### 1割負担合計

介護度	基本単位	入浴加算	個別機能 訓練加算 (Ⅱ)	サービス提供 体制加算Ⅱ	合計(単位)
要介護1	678	40	廃止	18	736
要介護2	801				859
要介護3	925				983
要介護4	1049				1107
要介護5	1172				1230

#### 2割負担合計

介護度	基本単位	入浴加算	個別機能 訓練加算 (Ⅱ)	サービス提供 体制加算Ⅱ	合計(単位)
要介護1	1356	80	廃止	36	1472
要介護2	1602				1718
要介護3	1850				1966
要介護4	2098				2214
要介護5	2344				2460

## その他の加算

項目	1割負担	2割負担
① 口腔機能向上	150単位/日	300単位/日
② 若年性認知症利用者受入加算	60単位/日	120単位/日

(3) 次の料金は介護保険外として自己負担となります。

①食費（調理費・おやつ代含む） 620円

②おむつ代 実費

③通常の送迎の実施地域以外の送迎

通常の送迎の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して送迎を行う場合は通常の送迎の実施地域を超えた地点（市町の境界を基点）から路程1キロメートルあたり20円を実費として徴収します。

④介護保険の適用を受けない部分については利用料全額お支払いいただきます。

前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者などに対して事前に文書で説明し、支払いに同意する旨の文書に署名又は記名押印をしていただきます。

### 1.2 利用料及び支払い方法

- ① 乙は甲に対し、毎月10日までにサービスの提供日、前月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し添付して請求書をお渡しします。
- ② 毎月の利用料は、お届けいただいた金融機関から口座引落とし（当該月の2ヶ月後）の方法でお支払いいただきます。
- ③ 乙は、甲が支払うべき（介護予防）地域密着型通所介護サービスに要した費用について、甲が介護サービス費として市町より支給を受ける額の限度において、甲にかわって市町より支払いを受けます。（以下「法定代理受領サービス」といいます。）
- ④ 但し、介護保険法令に基づいて保険給付の償還払い（いったん甲が利用料の全額を支払い、その後市町から9割分の払い戻しを受ける方法）の方法をご希望の場合はお申し出ください。
- ⑤ 乙は、甲から利用料等の支払いを受けたときは、甲に対して領収書を交付します。領収書には、乙が提供する各種サービスごとの介護保険給付の対象となるものと対象外のものとの区別、領収金額の内訳を明示します。

### 1.3 保険給付請求のための証明書の交付

- ① 乙は、法定代理受領サービスに該当しない（介護予防）地域密着型通所介護サービスを提供した場合において、甲から利用料の支払いを受けたときは、甲に対してサービス提供証明書を交付します。
- ③ サービス提供証明書には、提供した（介護予防）地域密着型通所介護サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

#### 1.4 苦情等申立

お客様相談室	窓口担当者 飛田 和司（事務長） 時 間 毎月曜日から金曜日 9時～18時 方 法 電話 （0829-38-0011） 電話でお聞かせいただくか、当方から訪問させていただきます。
ご意見箱	玄関にお客様ご意見箱を設置しております。

#### 苦情の解決における第三者委員

氏名・連絡先	西浦紘子	〒732-0032 廿日市市峰高1丁目8-25 電話（0829-38-6630）
	今石正人	〒739-1734 広島市安佐北区口田2-15-20 電話（082-843-5755）
	時 間 方 法	毎月曜日から土曜日 9時～18時 希望により苦情解決の際に、立ち会ってもらうことができます。

なお、下記においても受け付けております。

廿日市市役所 健康福祉部 高齢介護課	所在地 廿日市市新宮1丁目13-1 電話番号 0829-30-9196 ご利用時間平日8時30分から午後5時15分まで
広島県国民健康保険団体連合会 介護保険係	所在地 広島市中区東白島町19-49 国保会館 電話番号 082-554-0783
広島県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 広島市南区比治山本町12-2 広島県社会福祉会館内 電話番号 082-254-3419

第三者評価の実施	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
----------	--

## 1 5 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム清鈴園 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	施設の屋上に非常用サイレンを設置し、これが鳴った場合には近隣居住者が施設に救援に来てもらうように依頼してあります。			
平常時の訓練等	別途定める「特別養護老人ホーム清鈴園 消防計画」にのっとり総合消防訓練を、年2回利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	1 箇所	屋内消火栓	1 箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導等	6 箇所	漏電火災報知機	なし
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：令和2年5月15日 防火管理者：香川 誠二			

## 1 6 その他

### (1) 担当職員の変更

①甲はいつでも担当の職員の変更を申し出ることができます。

その場合、変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

②乙は、担当の職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の職員を変更することがあります。その場合には、事前に甲の了解を得ます。

### (2) 利用説明及び契約者について

①甲との間に利用契約を締結するにあたっては、乙は本「重要事項及びサービス内容説明書」の説明を行い、その内容を了解した場合に書面をもって行います。

②利用契約を行うにあたって認知症高齢者等、意思能力に瑕疵がある利用者の場合には、成年後見人制度を利用するか、またその程度にいたらない利用者の場合も、契約の理解に難がある場合は、家族や地域福祉権利擁護制度の「生活支援員」等の立ち会いを求めることがあります。

### (3) 利用の中止

止むを得ず利用を中止する場合は、電話等による連絡をして下さい。乙が何らかの理由で営業を中止する場合は甲に速やかに連絡し、利用の代替となる方策等を講じます。

#### (4) 事故発生時の対応

介護サービスを提供している際に事故が発生した場合は、速やかに当該利用者のご家族や主治医、居宅介護支援事業所等に連絡するなどの必要な措置を講じるとともに、管理者及び市町等関係機関に報告します。

#### 1.7 運営推進会議の設置

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」を設置します。事業の運営に当たっては、地域住民又はその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ます。

##### 〈運営推進会議〉

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センターの職員、近隣の介護保険サービス事業所職員等（サービスに関して知見を有する者）

開催：6ヶ月に1度以上開催

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。記録は事務所において閲覧できます。

※運営推進会議開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席をいただきますようお願いいたします。





## サービス内容説明書

### 地域着型通所介護

サービスの内容	提供方針
迎え	希望される場合送迎します。
家族との情報交換	送迎時(家族送迎の場合は受け入れ時)に当日のサービス実施上事業者が承知しておくべき事項(健康状態など)についてご家族などから情報の提供、連絡をしていただきます。
健康チェック	(血圧・脈拍・体温) 看護師によりセンター到着後健康状態を把握致します。 必要な場合は主治医の指示、助言を受けご家族とご相談して対処いたします。
入浴	希望者で健康状態に異常が認められない方について入浴サービスを提供します。
昼食 口腔ケア 休憩、午睡	併設特養の給食と同一のものを提供します。 昼食後、口腔ケアの見守り・指導を行います。 昼食後午睡など休憩をとります。
リハビリ体操	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為の体操
アクティビティ (活動)	アクティビティ(活性化)プログラムをいたします。
ティータイム	湯茶により歓談休憩します。
送り	健康状態の変化の有無を確認した上でご家庭にお送りします ご家族が送迎される場合はご家族に引き継ぎます。なお、この時に一日の状態など必要事項をご家族にご報告いたします
相談 連絡調整	ご本人、ご家族の相談に応じます。 サービス上必要に応じて関係サービス事業所などとの連絡調整を行います。



## 個人情報の利用目的

社会福祉法人西中国キリスト教社会事業団では、個人情報保護法及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に対する基本方針」の下、ここに利用者の個人情報の「利用目的」を公表します。

### 【利用者への介護サービスの提供における利用目的】

#### 1. 施設内部での利用目的

- ①施設が利用者等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用にかかる施設の管理運営業務のうち次のもの
  - ・入退所等の管理
  - ・会計・経理
  - ・介護事故・緊急時等の報告
  - ・当該利用者の介護・医療サービスの向上

#### 2. 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ①施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
  - ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - ・その他の業務委託
  - ・利用者の診療等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
  - ・家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務のうち
  - ・保険事務の委託（一部委託含む）
  - ・審査支払機関へのレセプトの提出
  - ・審査支払機関又は保険者から照会への回答
- ③損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は提出等

### 【上記以外の利用目的】

#### 1. 施設内部での利用に係る利用目的

- ①施設の管理運営業務のうち
  - ・介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
  - ・施設等において行われる学生等の実習への協力
  - ・施設において行われる事例研究
  - ・他の事業者等への情報提供に係る利用目的
- ②施設の管理運営業務のうち
  - ・外部監査機関、評価機関等への情報提供
  - ・施設、設備の管理・保険事業者への情報提供

なお、あらかじめ利用者本人の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱う事はいたしません。

2021年4月1日

社会福祉法人 西中国キリスト教社会事業団  
理事長 藤田 修

## 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）・家族（ ）は、社会福祉法人西中国キリスト教社会事業団が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

### 1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

### 2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供される為に実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

### 3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

年 月 日

本人（利用者） 住 所

氏 名

印

家族（代理人） 住 所

氏 名

印

続 柄（利用者との関係）

以上、重要事項及びサービス内容説明書の説明を受けたこと及び内容について同意する証として、本書 2 通を作成署名押印し、甲乙各自 1 通を保管する。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

甲

ご本人 \_\_\_\_\_ 印

ご家族

代理人 \_\_\_\_\_ 印

乙

デイサービスセンター清鈴園

説明者 \_\_\_\_\_ 印

立会人 \_\_\_\_\_ 印