アイリスデイサービスセンター重要事項説明書

１．当センターが提供するサービスについての相談窓口

電　　話　　０５９４－７２－７７２２
担　　当

２・　アイリスデイサービスセンターの概要

（１）提供できるサービスの種類と地域

名　　称	アイリスデイサービスセンター
所　　在　　地	三重県いなべ市北勢町阿下喜３７２８－２
介護保険指定番号	２４７２１００００３７
サービスの種類	地域密着型通所介護事業
サービスの実施地域	いなべ市
利　用　定　員	１日あたり１５名

（２）センターの職員体制

職　名	常勤	非常勤	職務内容
管理者	１名		・従業者の管理 ・従業者に運営基準を遵守させるための指揮命令 ・サービスの提供状況及び目標の達成状況の統括
生活相談員	２名		・利用者、家族への生活指導 ・利用申し込みに係わる調整 ・地域密着型通所介護計画等の作成及びサービス提供状況等の記録 ・居宅介護支援事業者等他の機関との連携
介護職員	２名	４名	・入浴・排泄・食事の介助及び利用者の日常生活上の支援 ・利用者の送迎及び介助
看護職員		３名	・健康管理や助言及び医師との連携
機能訓練指導員		３名	・日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為の訓練を行う。

（３）営業時間

営　業　時　間	午前８時３０分～午後５時１５分
サービス提供時間	午前９時～午後４時１５分、午前１０時～午後３時３０分
営　　業　　日	月曜日～金曜日（１２月３１日～１月３日を除く）

３．地域密着型通所介護計画の作成等

（１）管理者及び生活相談員は、利用者の心身の状況及び意向並びにその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための機能訓練並びに入浴及び食事その他の日常生活上の世話の具体的な内容を記載した地域密着型通所介護計画を作成します。

（２）管理者及び生活相談員は、それぞれの利用者に応じた地域密着型通所介護計画を作成し利用者またはその家族に対し、その内容等について説明し同意を得、交付します。

（３）事業者は、地域密着型通所介護計画」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する記録を作成します。

４．サービス内容

（１）地域密着型通所介護サービスは、事業者が管理運営する施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供、生活等に関する相談、助言健康状態の確認、その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。

（２）サービス提供にあたっては、地域密着型通所介護計画に沿って計画的に提供します。

５．サービス提供の記録等

（１）事業者は利用者に関する個々のサービス提供の具体的内容等を記録、市町村への通知にかかる記録、苦情内容等の記録、事故の状況及び処置の記録の他必要な書類を整備し、サービス提供終了後２年間保存します。

（２）事業者は、サービス提供の記録等を、利用者の求めに応じ開示します。

６．利用者負担金

※ いなべ市のサービス種類毎の１単位当たりの単価（地域区分単価）は 10.14 円となります。　　（自己負担１～３割）

地域密着型通所介護費			
	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満
要介護 1	657 単位	678 単位	753 単位
要介護 2	776 単位	801 単位	890 単位
要介護 3	896 単位	925 単位	1,032 単位
要介護 4	1,013 単位	1,049 単位	1,172 単位
要介護 5	1,134 単位	1,172 単位	1,312 単位

※	入浴介助加算（Ⅰ）	１日につき	４０単位
	入浴介助加算（Ⅱ）		５５単位
※	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	１日につき	５６単位
	個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ		８５単位
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	１月につき	２０単位
※	生活機能向上連携加算（Ⅰ）（３月に1回を限度）		１００単位
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）（３月に1回を限度）		２００単位
	（個別機能訓練加算を算定している場合）		１００単位
※	ADL維持等加算（Ⅰ）	１月につき	３０単位
	ADL維持等加算（Ⅱ）		６０単位
	ADL維持等加算（Ⅲ）		３単位
※	生活相談員配置等加算	１日につき	１３単位
※	中山間地域等提供加算	１日につき所定単位の５％	
※	中重度者ケア体制加算	１日につき	４５単位
※	認知症加算	１日につき	６０単位
※	若年性認知症利用者受入加算	１日につき	６０単位
※	栄養アセスメント加算	１月につき	５０単位
※	栄養改善加算（月２回程度）		２００単位
※	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	（６月に１回を限度）	２０単位
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	（６月に１回を限度）	５単位
※	口腔機能向上加算（Ⅰ）（月２回程度）		１５０単位
	口腔維持向上加算（Ⅱ）（月２回程度）		１６０単位
※	科学的介護推進体制加算	１月につき	４０単位
※	送迎を行わない場合		片道△４７単位
※	同一建物減算	１日につき	△９４単位
※	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	１日につき	２２単位
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		１８単位
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		６単位
※	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	１月につき+所定単位数×９２/１０００	
	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	+所定単位数×９０/１０００	
	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	+所定単位数×８０/１０００	

利用者の介護保険料の滞納により、事業者が介護保険からサービス利用料に相当する給付が受けられない場合には、利用者からそのサービス料金の支払い割合に応じた金額または全額を受領致します。

① 昼食費　（おやつ代含む）

１食あたり　　６３０円（全額自己負担）

利用者の希望により夕食を提供する場合

１食あたり　　５４０円

②その他

レクリエーション、行事等にかかる費用は自己負担となります。

（１）介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を越える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります）

（２）利用者の希望により、通常の利用時間を超えて「預かり」をする場合は、下記のとおり延長利用料金をお支払いいただきます。

①ご利用時間を超えて30分以上1時間までの延長利用の場合	１，０００円
②ご利用時間を超えて1時間以上1時間30分までの延長利用の場合	２，０００円
③ご利用時間を超えて1時間30分以上利用の場合、30分毎に	１，０００円加算

（３）利用料は月毎の支払いとなります。サービス利用月の翌月の２７日に、登録いただいた口座から引き落としさせて頂きます。（休日の場合は翌営業日）
後日領収書を発行します。

（４）その他

自然災害、悪天候等により、利用当日にその営業の中止等を行う場合があります。その場合は、その日の午前９時までに連絡するものとします。

緊急時及び事故発生時等における対応方法

サービス提供時に利用者の容体に変化があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。又、事故発生時には必要な措置及び原因についての解明や、再発防止に対する策を講ずるほか、ご家族の方や市町村・居宅支援事業所等に対し、速やかに連絡致します。

緊急時の連絡先

①氏　　名		②氏　　名	
住　　所		住　　所	
連 絡 先		連 絡 先	
携帯番号		携帯番号	
続　　柄		続　　柄	

８．災害発生時の対応

事業者は震災、風水害、火災、その他の災害（以下「非常災害」という。）に対処するため、非常災害の発生時の安全の確保のために必要な組織体制、行動手順、関係機関への通報及び連絡体制等を定めた具体的計画を作成し、並びに当該計画を定期的に従業者に周知するように努めます。また、非常災害に対処するため、消火器その他必要な設備を設けるとともに、定期的な避難誘導訓練、救出訓練その他必要な訓練を行います。

９．衛生管理等

（１）利用者の使用する施設、食器、その他の設備及び飲用の水については、衛生上必要な措置を講じます。

（２）事業者は、従業者に対して感染症等に関する基礎知識の習得に努めるともに年１回以上の健康診断を受診させます。

１０．サービス内容に関する相談・苦情

（１）事業者は自ら提供した地域密着型通所介護サービスに対する利用者からの苦情に迅速かつ適切に応じ、苦情内容等を記録します。

（２） 利用者の苦情に関して、市町村・国民健康保険団体連合会から質問・調査がある場合は、協力するとともに、指導・助言がある場合は必要な改善を行います。

（３）①当センターご利用者相談・苦情解決責任者及び受付担当

苦情解決責任者　　田中由香里　　電話　０５９４－７２－７７２２

担　　当　　電話　０５９４－７２－７７２２

②当センター以外の苦情相談窓口

三重県国民健康保険団体連合　　（受付時間　９：００～１７：００）

介護保険課　　苦情処理係　　電話　０５９－２２２－４１６５

住所　津市桜橋３丁目１４３－１２

いなべ市役所　福祉部　介護保険課（受付時間　８：３０～１７：１５）

電話　０５９４－８６－７８２０

住所　いなべ市北勢町阿下喜３０番地

１１．秘密保持

（１）事業者及び事業所の従事者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を、理由無く第三者に漏らしません。

（２）事業者はサービス担当者会議等において利用者及びその家族の個人情報を用いる場合は、その利用目的を明記した文書によりあらかじめ同意を得ます。

１２．ハラスメント対策

（１）事業所は職場におけるハラスメント防止に取組、職員が働きやすい環境づくりを目指すこととする。

（２）事業所は利用者、その他家族に対し、改善を希望する旨の申し入れを行い、それにも拘わらず改善の見込みがなく、結果として利用者

に対して適切な介護サービスを提供することが困難であると認めるときは、３０日前に利用者、その他家族に対し文章で通知することにより、この契約を解約することができる。
（詳しくは別紙１　「ハラスメント防止のお願い」をご参照）

１３．虐待防止に関する事項

センターは、利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

（１）虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話設置等を活用して行う事ができるものとします。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
（２）虐待防止のための指針の整備
（３）従業者に対し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

センターは、サービスの提供にあたり、従業者間相互において利用者等に対しての虐待、拘束等について防止するものとします。また高齢者虐待防止法に基づき虐待を発見した場合には、速やかに市町に通報するものとします。

１４．損害賠償

事業者は、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

１５．運営推進会議

（１）事業の運営にあたっては、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。
（２）当事業所の行う指定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」を設置するものとします。
（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て、おおむね６ヶ月に１回以上会議を開催します。

地域密着型通所介護にあたり、利用者に対し契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者　三重県いなべ市北勢町阿下喜３７２８－２
社会福祉法人　光風会
アイリスデイサービスセンター
説明者　職　名
氏　名

個人情報使用同意書（アイリスデイサービスセンター）

私（利用者及びその家族）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することに同意します。

記

１　個人情報の範囲

氏名・住所・生年月日・性別・健康状態・病歴・家族状況その他サービス利用の過程において収集した情報

２　使用する目的

【当事業所内での利用目的】

１・利用者様へ適切な介護・医療サービスを提供するため

２・介護保険事務を行うため

３・利用者様に係る当施設の管理運営業務のうち、以下の業務を行うため

※　利用契約等の事業所管理

※　会計・経理

※　アクシデント事故等の報告

※　介護サービスの質の向上

【他事業者等への情報提供を伴う利用目的】

１・当事業所が提供する介護サービス関連業務のうち、以下の業務を行うため

※　医療機関からの照会への回答

※　利用者様に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者、居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）照会への回答

※　情報システム運用・保守業務の委託利用

※　家族等への利用状況等の説明

２・介護保険事務に係る情報提供

※　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の照会への回答

【その他の利用目的】

１・当事業所の管理運営業務のうち、以下の業務を行うため

※　介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料の作成

※　事業所内において行われる学生・介護実習への協力

※　事業所内において行われる事例研修・研究

３　条　件

（１）個人情報の使用別紙に記載する目的の範囲内で必要最小限とし、情報提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのない措置を講じると共に細心の注意を払うものとする。

（２）個人情報を使用した会議・相手方・内容等について記録する。

４　使用する期間

当施設契約書期間と同じとする。

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受けて同意しました。

年　　月　　日

利用者様　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族様（代筆）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（別紙　１）

ハラスメント防止のお願い

いつも当事業所の業務にご理解ご協力いただきありがとうございます。
近年は介護事業所でのハラスメントの防止対策を強化するよう国から求められており、当事業所でも対策強化に取組んでいます。職場内でのハラスメントを防止すると共に、当事業所とご利用者（ご家族等）との関係についてもハラスメントを防止できるよう、以下の内容に対してご理解ご協力をお願いいたします。
＊ハラスメントに該当した場合、契約書の「不信行為」に該当し、契約を終了する場合があります。

カスタマーハラスメントやセクシャルハラスメント等の分類と具体例

分　類	内　容	ハラスメントの具体例・事例
身体的暴力	身体的な力を使って危害を及ぼす行為	物を投げつける。叩く。唾を吐く。服を引っ張る。 土下座をさせる。
精神的暴力	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	大声を発する。怒鳴る。「何の役にも立たない」等個人を否定するような言動をする。威圧的な態度で文句を言い続ける。「この程度できて当然」と理不尽な要求をする。ご家族等がご利用者の理不尽な発言を一方的にうのみにし、否定的な言葉や態度をとる。
性的嫌がらせ	意の添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為	必要もなく身体（腕や足）をさわる。胸、お尻などをさり気なくさわる。抱きしめる。ヌード写真や動画を見せる。わいせつ行為や盗撮をする。プライベートな予定を聞く。
著しく威圧的な行為	ご利用者（ご家族等）から業務に支障を及ぼす著しい迷惑行為	電話や面談などで長時間拘束する。頻繁に来所しクレームを言う。休日時間外の対応の強要をする。ケアマネの業務外の強要（すぐに来い、買物をして来い、金を貸せ等）をする。同じ質問を繰り返し、対応のミスが出たところを責める。脅迫的・反社会的な言動をする。優位な立場にいることを利用した暴言、特別扱いをさせる。

＊上記の内容は一例です。それ以外でもハラスメントに該当する場合があります。