別紙付属書類　指定共生型地域密着型通所介護重要事項説明書

ささみ園

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（岩国市指定 第３５９０８００４９０号）

当事業所はご利用者に対して指定地域密着型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．事業者の概要

（１）法人名	社会福祉法人　岩国市社会福祉協議会
（２）法人所在地	山口県岩国市麻里布町七丁目１番２号
（３）電話番号	（０８２７）２２－５８７７
（４）代表者名前	会長　隅　喜彦
（５）設立年月日	平成１８年３月２０日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類	指定共生型地域密着型通所介護事業所 令和　４年１０月　１日指定 岩国市　第３５９０８００４９０号
（２）事業所の目的	介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその居宅においてその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。
（３）事業所の名称	ささみ園
（４）事業所の所在地	山口県岩国市玖珂町４９８１番地１
（５）電話番号	（０８２７）８２－４９３１
（６）管理者名	杉岡　弘基
（７）当事業所の運営方針	ご利用者の安全第一を旨とし、より福祉の向上のために適切なサービスを提供します。
（８）開設年月日	令和　４年１０月　１日
（９）利用定員	１０人

３．事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域　岩国市玖珂町、周東町の区域とします。

（２）営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（ただし、国民の祝日に規定する日、12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く。）
受付時間	月曜日～金曜日　８時３０分～１７時１５分
サービス提供時間	月曜日～金曜日　９時３０分～１５時３０分

４．職員体制等

当事業所では、ご利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉　職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職　　種	実　数	指定基準
１．　管理者	１人	１人
２．　サービス管理責任者	１人	１人
３．　生活支援員	3 人以上	2.1 人
４．　看護職員	１人以上	１人
５．　機能訓練指導員	１人以上	１人
６．　医師	１人以上	１人

（令和 6 年 4 月 1 日現在）

〈従業者の職種及び職務の内容〉

職　　種	職　務　内　容
１．管理者	・事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、従業者に対し指揮命令を行います。
２．サービス管理責任者	・管理者と協働して地域密着型通所介護計画を作成します。 ・利用申込者の利用に際し、その者に係る指定障害福祉サービス事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、当該事業所以外における指定介護保険サービス等の利用状況等を把握します。 ・利用者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な援助を行います。 ・他の従業者に対する技術指導又は助言を行います。
３．生活支援員	・利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し、適切な介助を行います。
４．看護師	・利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し適切な看護を行います。
５．機能訓練員	・利用者の身体機能及び日常生活動作の維持向上を目的とした活動の提供を行います。
６．医師	・利用者の日常生活上の健康管理及び施設の感染症予防等の衛生管理に関する指導・助言を行うとともに、適時相談対応を行います。

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常７～９割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 送迎

ご自宅までの送迎。

※通常の事業実施地域以外の地域に居住する利用者に対しての送迎は利用者の家族または利用者が委託する業者により行う。

② 入浴

入浴又は清拭。

③ 機能訓練

心身機能の維持向上のためのレクリエーションの提供等。

④食事サービス

食事の介護等。

⑤健康状態の確認

⑥相談・助言

⑦その他必要な日常生活上の援助

〈サービス利用料金（１回あたり）〉

介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合に応じて下記の料金表によって、自己負担額をお支払い下さい。

	区分	10割	1割 （自己負担）	2割 （自己負担）	3割 （自己負担）
基本単価	要介護１	6,780円	678円	1,356円	2,034円
	要介護２	8,010円	801円	1,602円	2,403円
	要介護３	9,250円	925円	1,850円	2,775円
	要介護４	10,490円	1,049円	2,098円	3,147円
	要介護５	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円
選択単価	入浴介助加算Ⅰ	400円	40円	80円	120円
	入浴介助加算Ⅱ	550円	55円	110円	165円
地域通所介護共生型サービス生活介護		所定単位数の7%減算	左記金額の１割	左記金額の２割	左記金額の３割
地域通所介護処遇改善加算Ⅲ※		基本単価と選択単価の合計8%	左記金額の１割	左記金額の２割	左記金額の３割

※区分支給限度基準額の算定対象外になります。

○ 送迎を行わない場合は片道４７円の減額となります。（自己負担１割の場合）
○ ご利用者の要介護認定が決まっていない場合には、サービス利用料金の全額をいったん支払いいただくことがあります。その場合は、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、ご利用者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。なお、自立判定の場合、１回あたり６，７８０円に利用回数を乗じた金額をいただき、利用を中止といたします。
○ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス
以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉
① 食事提供代
食事にかかる費用は、選択された物の全額ご利用者の負担となります。
（食事時間）
１１時４０分 ～ １３時１５分
②複写物の交付
ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
１枚につき １０円
③日常生活上必要となる諸費用実費
日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。
おむつ代：実費
○ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更決定後２か月後から開始します。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第６条参照）
利用料金は、１か月とりまとめの上請求致します。下記のいずれかの方法でお支払い下さい。
① 山口銀行の口座引落
② 口座振込（山口銀行）
③ 事業所への現金支払い

（４）介護保険料の滞納者に対する取り扱い
①介護保険料を１年以上滞納している利用者の場合
支払い方法が変更となり、自己負担分の支払いが１～３割から１０割となります。しかし、所定の手続きをとると利用者負担割合に応じて、７～９割が払い戻されます。

②介護保険料を１年６か月以上滞納している利用者の場合

保険給付の差止めのため、全額自己負担の扱いとなります。

③過去に未納によって時効消滅した介護保険料（介護保険料の徴収権は２年で消滅する）がある場合

給付額の減額が行われ、内容は、未納期間に応じて保険給付の割合が６～７割に引下げられます。又、利用者は３～４割相当額をサービス事業者へ支払います。このとき、高額サービス費等の支給は行われないことになります。

（５）利用の中止、変更

○ 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、地域密着型通所介護サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって自宅にて送迎職員へ直接利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日当日に自宅にて送迎職員へ直接中止の申し出をした場合	食事提供代

６．苦情の受付について

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○　苦情受付担当者：藤岡　妙子 、中野　ひとみ

○　苦情解決責任者：杉岡　弘基（事業所長）

○　電　　話：（０８２７）８２－４９３１

○　受　付　時　間：毎週月曜日～金曜日
８時３０分～１７時１５分

また、苦情受付ボックスを施設内に設置しています。

（２）行政機関その他苦情受付機関

受付機関	住所	電話番号
岩国市福祉部福祉政策課	岩国市今津町１-14-51	（0827）29-5072
岩国市岩国第一地域包括支援センター	岩国市牛野谷町２－12－38	（0827）34-1577
岩国市岩国第二地域包括支援センター	岩国市多田 1115	（0827）44-0700
岩国市岩国第三地域包括支援センター	岩国市藤生町 1-17-26	（0827）34-1313
岩国市岩国第五地域包括支援センター	岩国市錦町広瀬 1067-1	（0827）71-0055
岩国市地域包括支援センター （麻里布、東、装港、小瀬、柱島　担当）	岩国市室の木町 3-1-11 （岩国市保健センター内）	（0827）24-3781
岩国市地域包括支援センター （平田、北河内、南河内　担当）	岩国市室の木町 3-1-11 （岩国市保健センター内	（0827）24-3700
岩国市地域包括支援センター （由宇　担当）	岩国市由宇町中央 1-10-11 （由宇保健センター内）	（0827）63-3113
岩国市地域包括支援センター （玖珂　担当）	岩国市玖珂町 4933-2 （岩国市玖珂支所内）	（0827）82-0368
岩国市地域包括支援センター （周東　担当）	岩国市周東町下久原 1208-1 （岩国市周東総合支所内）	（0827）84-3615
山口県国民健康保険団体連合会	山口市朝田 1980-7	（083）995-1010
岩国市社会福祉協議会第三者委員	岩国市麻里布町 7-1-2	（0827）22-5877

７．施設利用に関する留意事項

（１）施設・設備の使用上の注意

① 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
② 故意又は、重大な過失により、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
③ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

８．緊急時の対応方法

地域密着型通所介護の提供中に事故が発生した場合や、容態の変化があった場合はすみやかに家族、医療機関及び管理者へ連絡を行い、迅速に必要な措置を講じるものとします。また、必要に応じて市等へ報告します。

事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるものとします。なお、損害賠償については、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の保険（社会福祉事業者総合保険）に加入しています。

主治医		
緊急連絡先		
居宅介護支援事業者		TEL
地域包括支援ｾﾝﾀｰ		TEL
岩国市健康福祉部		TEL
その他		TEL

９．非常災害時対策

地域密着型通所介護の提供中に天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難等適切な措置を講ずる為に、具体的に計画を立て、従事者に周知徹底を図るとともに、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、避難等の指揮をとります。また、非常災害に備える為、避難、救出その他必要な訓練を定期的に（年１回以上）行うものとします。

１０．秘密保持

従業者は、業務上で知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。その職を退いた後も同様とします。事業所は、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には当該家族の同意をあらかじめ文章により得るものとします。

１１．虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の保護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する相談窓口、責任者を選定しています。

〇虐待防止受付担当者：中野　ひとみ

〇虐 待 防 止 責 任 者：杉岡　弘基

〇電　　話：（０８２７）８２－４９３１

〇受　付　時　間：毎週月曜日～金曜日（祝日及び年末年始は除く）

８時３０分～１７時１５分

② 成年後見人の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備しています。

④ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

⑤ サービス提供中に虐待を受けたと思われる事項を発見した場合は、速やかに岩国市地域包括支援センターに通報します。

令和　　年　　月　　日

指定共生型地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ささみ園

説明者職名

名　　前　　印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定共生型地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者　　住　所

氏　名　　㊞

家族代表　　住　所

氏　名　　㊞
（利用者との続柄　　）

代理人等　　住　所

氏　名　　㊞
（利用者との関係　　）

共生型地域密着型通所介護サービス契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

１　使用する目的

（１）岩国市社会福祉協議会（以下「岩国市社協」という。）共生型地域密着型通所介護（以下「サービス」という。）契約書第１２条第１項各号に定める事項

２　使用に当たっての条件

（１）岩国市社協は、個人情報の提供に際し、１に記載する目的の範囲内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

（２）岩国市社協は、個人の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

（１）氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等、岩国市社協がサービスを行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報

（２）その他の情報

４　使用する期間

（１）共生型地域密着型通所介護契約書の契約期間

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住　所

氏　名　　㊞

家族代表　　住　所

氏　名　　㊞

（利用者との続柄　　）

代理人等　　住　所

氏　名　　㊞

（利用者との関係　　）