

別紙付属書類 指定通所型サービス（タイプ１）重要事項説明書

岩国デイサービスセンターにしみ苑

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3570801161号)

当事業所はご利用者に対して指定通所型サービス（タイプ１）（以下「サービス」といいます。）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 | 指定通所型サービス（タイプ１）事業所
令和6年4月1日指定更新
岩国市 3570801161号 |
| (2) 事業所の目的 | 介護保険法令等の趣旨に従い、利用者がその居宅においてその有する能力の維持または改善を図るために支援することを目的とします。 |
| (3) 事業所の名称 | 岩国デイサービスセンターにしみ苑 |
| (4) 事業所の所在地 | 山口県岩国市錦見二丁目6番12号 |
| (5) 電話番号 | (0827) 43-3763 |
| (6) 事業管理者名 | 中廣 昌子 |
| (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 | 平成18年4月1日 |
| (9) 利用定員 | 30人（通所介護利用者を含む） |

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 岩国市のうち、旭町、飯田町、今津町、岩国、牛野谷町、尾津町、桂町、川口町、川下町、川西、楠町、車町、昭和町、新港町、砂山町、関戸、多田、立石町、中津町、灘町、錦見、日の出町、平田、藤生町、麻里布町、三笠町、海土路町、南岩国町、室の木町、元町、門前町、山手町、横山、黒磯町、御庄、小瀬、柱野とします。

(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	10時～15時15分

4. 職員体制等

当事業所では、ご利用者に対して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（兼任）	1 人	1 人
2. 介護職員	4 人以上	4 人
3. 生活相談員	1 人以上	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

（令和7年4月1日現在）

〈従業者の職種及び職務の内容〉

職 種	勤 務 体 制
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. 介 護 職 員	・ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のために相談・助言等を行います。
3. 生活相談員	・ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
4. 看 護 職 員	・主にご利用者の健康管理や療養上の世話等を行います。
5. 機能訓練指導員	・ご利用者の機能訓練を行います。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービス事業支給費の支給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）がサービス事業支給費として支給されます。

＜サービスの概要＞

①送迎

ご自宅までの送迎。

②入浴

入浴又は清拭。

③運動器機能向上訓練

必要な機能の回復又はその減退を予防するための訓練。

④レクリエーション

心身機能の維持向上。

＜サービス利用料金（1ヶ月あたり）＞

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ください。

	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	要支援1 事業対象者 (週1回)	17,980円/月	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月
	要支援2 (週2回程度)	36,210円/月	3,621円/月	7,242円/月	10,863円/月
サービス提供体制加算Ⅱ(週1)※		720円/月	72円/月	144円/月	216円/月
サービス提供体制加算Ⅱ(週2)※		1,440円/月	144円/月	288円/月	432円/月
介護職員等処遇改善加算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となります。

- ご利用者の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、要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額がサービス事業支給費から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者がサービス事業支給費の支給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4,360円に利用回数を乗じた金額をいただき利用中止といたします。要介護認定を受けた場合は通所介護契約していただきます。

- サービス事業支給費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。
- 月の途中で開始した場合は、契約日（プラン作成後月途中の場合）からの日割り計算となり、月の途中で契約を終了した場合も、契約解除日までの日割り計算となります。

（２）サービス事業支給費の支給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（食材料費＋調理費相当分）

ご利用者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。

当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養及びご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

食材料費＋調理費相当分：１回あたり７９０円

（食事時間）

１１時４５分 ～ １２時４５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 ２０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：原則実費

- 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。原則としてゆうちょ銀行・山口銀行・山口県農協いずれかの口座引落にてお支払い下さい。但し、口座引落でのお支払いが困難な方は、現金でのお支払いも可能です。

（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

第1号事業支給費の支給の差止めのため、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

支給額の減額が行われ、内容は、未納期間に応じて第1号事業支給費の支給の割合が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、高額サービス費の支給は行われないことになります。

（5）利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止することができます。希望する日を前日までに事業者申し出てください。しかし、その場合でも利用料の変更はありません。
- 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、食事提供代をいただく場合があります。（食事準備の中止が間に合う場合はいただきません）
- サービスの変更、もしくは新たなサービスの利用の追加を月単位でできます。変更を希望する月の前月末までに事業者申し出てください。目安として、ご利用回数は事業対象者、要支援1では週1回、要支援2では週2回程度となります。

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：井手 昭子（生活相談員）
 - 苦情解決責任者：中廣 昌子（管理者）
 - 電 話：（0827）43-3763
 - 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 (川下・愛宕担当)	岩国市牛野谷町 2-12-38	(0827) 34-1577
岩国市岩国第三地域包括支援センター (灘・通津担当)	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 (錦・美川・美和・本郷担当)	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(第1班)	岩国市室の木町 3-1-11	(0827) 24-3781

(麻里布・東・装港・小瀬・柱島 担当)	(岩国市保健センター内)	
岩国市地域包括支援センター(第2班) (岩国・平田・藤河・御庄・師木野・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(第3班) (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 (第4班玖珂) (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 (第4班周東) (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
山口県福祉サービス運営適正化委員会	山口市大手町 9-6	(083) 924-2837

7. 施設利用に関する留意事項

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

サービス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必要に応じて速やかに家族、医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、行政等に対して連絡を行い、事故の状況及び対応した内容について記録するなど必要な措置を講じるものとします。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		Tel
緊急連絡先		Tel
居宅介護支援事業者		Tel
地域包括支援センター		Tel
岩国市福祉部	福祉政策課	Tel 29-5072

その他		Tel
-----	--	-----

9. 非常災害時対策

サービス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. 虐待の防止及び身体拘束等の適正化のための措置について

事業所は、利用者の人権の保護・虐待の防止及び身体的拘束等の適正化のための措置（以下「身体拘束等適正化措置」といいます。）を推進するために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止及び身体拘束等適正化措置に関する相談窓口、責任者を選定しています。
 - 虐待防止受付担当者：井手 昭子（生活相談員）
 - 虐待防止責任者：中廣 昌子（管理者）
 - 電話：（0827）43-3763
 - 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 虐待の防止及び身体拘束等適正化措置に関する委員会を設置しています。
- ⑤ 従業員に対する虐待防止及び身体拘束等適正化措置の啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑥ 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

指定通所型サービス（タイプ１）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。

岩国デイサービスセンターにしみ苑

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、指定通所型サービス（タイプ１）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

）

通所型サービス（タイプ１）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。）通所型サービス（タイプ１）（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）通所型サービス（タイプ１）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 ⑩

家族代表 住 所

氏 名 ⑩
（利用者との続柄 ）

代理人等 住 所

氏 名 ⑩

（利用者との関係 ）