

## 重要事項説明書

サービスの提供開始にあたり、田辺市条例（平成27年3月31日条例第22号）に基づいて当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

（令和6年6月1日現在）

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 上富田町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒649-2105 和歌山県西牟婁郡上富田町朝来755番地の1
職名・代表者名	会長 平見 信次
電話番号・FAX	0739-47-4757 (FAX0739-47-4731)
定款の目的に定めた事業	指定相当訪問型サービス・指定相当通所型サービス 居宅介護支援事業、その他これに付随する業務
営業所数等	居宅介護支援事業所1カ所・訪問介護事業所1カ所・通所介護事業所2カ所

### 2. ご利用事業所概要

事業所名	社会福祉法人 上富田町社会福祉協議会 デイサービスセンターくちくまの		
所在地	〒649-2107 和歌山県西牟婁郡上富田町市ノ瀬2504番地の8		
提供可能サービス及び 介護保険事業所番号	指定相当通所型サービス	3072400769号	
管理者及び連絡先	嵯峨 雅之	電話 0739-48-1555	
サービス提供先	上富田町全域 (上富田町以外の方でも、ご希望の方はご相談ください。)		

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	上富田町社会福祉協議会が設置する指定相当通所型サービス事業の健全な運営のもとに、要介護の状態にある高齢者等に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	常に利用者の立場に立って、可能な限り自立した日常生活が送れるよう、適切なサービスの種類や内容などの計画を作成するとともに、多様な事業者等と連携して総合的で効率的なサービスの提供ができるよう運営します。
第三者評価実施の有無	現時点では 未実施

### 4. 同事業所の職員体制等

職 種	サービス種類	人 員		
管理者	指定相当通所型 サービス	1名以上	常勤	兼務1名
生活相談員		1名以上	常勤	兼務3名
介護福祉士		5名	常勤・非常勤	兼務3名
看護師		1名以上	非常勤	兼務2名
機能訓練指導員		1名以上	非常勤	兼務2名
介護職員		4名以上	常勤・非常勤	兼務3名

## 5. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日（土・日曜日は休日）
	(注) 年末年始（12月31日～1月3日）は「休祭日」の扱いとなります
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時00分～午後4時30分

- ① 台風上陸・及び自然災害により事業実施が困難と判断された場合は、営業日・営業時間に関わらず、事業の休止や時間短縮での営業時間となる場合があります。

## 6. 提供するサービス

【当事業所が、利用者に提供するサービスは以下の通りです】

- ① このサービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ 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、消毒したものを用います。

【指定相当通所型サービス】

- ① 当事業所では、利用者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、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した指定相当通所型サービスを作成します。
- ② この指定相当通所型サービス計画は、介護予防サービス・支援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。

【担当の職員】

- ① 職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。
- ② 利用者はいつでも担当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。
- ③ 当事業所では、担当職員が退職する等正当な理由がある場合、担当職員を変更することがあります。

## 7. 利用料

### 【指定相当通所型サービスの利用料】

#### (1 割負担)

要支援1 (事業対象者)	436 単位/回 (月4回までの利用)
要支援2 (事業対象者)	447 単位/回 (月5回～8回まで利用)

### 【加算要素】

#### (1 割負担)

※サービス提供体制強化加算 (I)	要支援1	88 単位/月
	要支援2	176 単位/月
介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上の場合、上記の単位を加算		

※介護職員等処遇改善加算 (I)	(総サービス費の9.2%が加算されます)
介護職員等特定処遇改善加算・介護職員処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算が統合された加算になります	

### 【食材料費】

実費 550円 (介護保険対象外)

サービスを休まれる場合、ご利用日前日17:00以降の連絡は発注変更ができない為、食材料費として550円を徴収させていただきます。

### 【交通費】

指定相当通所型サービスで送迎を行わない場合 (利用者が自ら通う場合は、家族が送迎を行う場合等) は、-47単位/片道となります。

### 【キャンセル料】

指定相当通所型サービスをキャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料をいただく場合があります。

・ 前々日までのキャンセル	： 無料
・ 前日のキャンセル	： 利用料自己負担部分の 25%
・ 当日のキャンセル	： 利用料自己負担部分の 50%

#### 【お支払とお支払方法】

- ① 指定相当通所型サービスが、介護保険の適用を受ける場合、利用者の介護保険担割合証に記載された割合に応じた額をお支払いいただきます。但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（一旦利用者が利用料の全額を支払い、その後市町村から払い戻しを自己負担割合に応じて受ける方法）をご希望の場合はお申し出てください。
- ② 当事業者は、毎月15日までにサービスの提供日、当月の利用料金の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
- ③ 毎月の利用料は、月ごとの精算とし、毎月15日頃に前月分の請求書を発行いたします。

お支払方法は、やむを得ない場合を除き、ゆうちょ銀行、紀南農協、紀陽銀行のいずれかのご指定金融機関からの口座振替により、お支払い下さい。振替日は、末日となります。但し、末日が土日祝日の場合は、翌営業日となります。

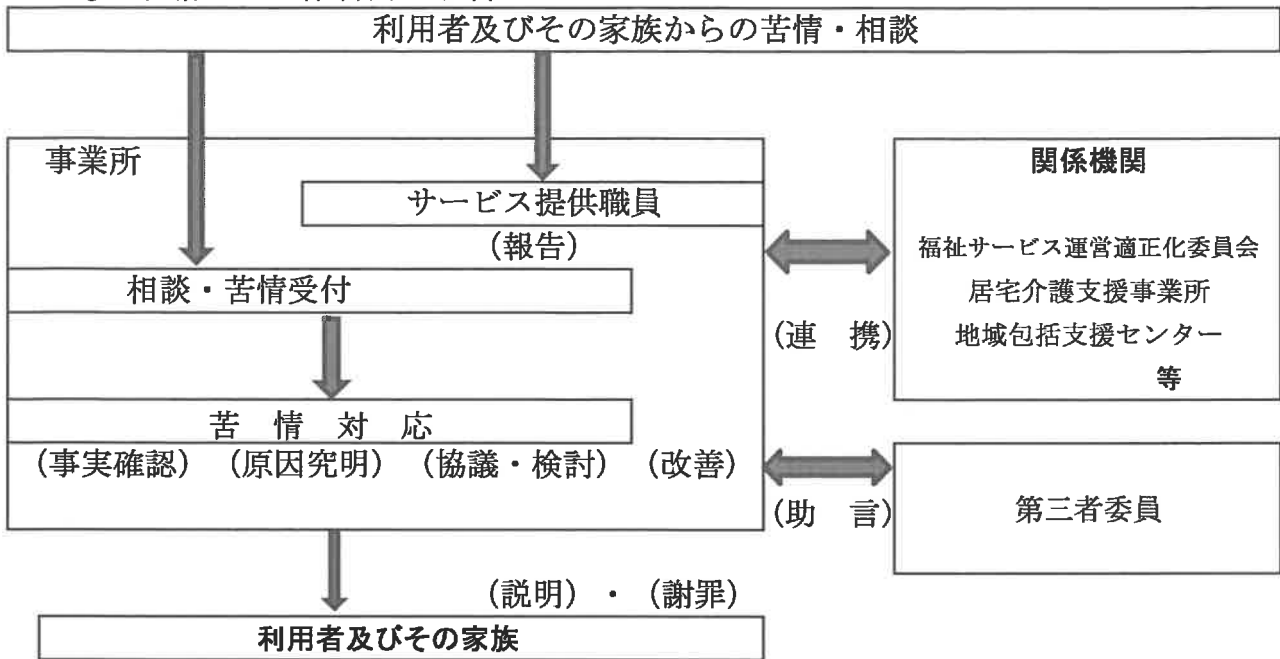
保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（一旦利用者が利用料の全額を支払い、その後市町村から払い戻しを自己負担割合に応じて受ける方法）をご希望の場合はお申し出てください。

#### 【保険給付の請求のための証明書の交付】

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

8. 苦情申立について

① 苦情処理の体制及び手順



8. 苦情申立窓口

デイサービスセンターくちくまの	ご利用時間	平日 午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法	電話 0739-48-1555
	担当者	指定相当通所型サービス事業 嵯峨雅之
上富田町役場	ご利用時間	平日 午前8時30分～午後5時15分
	ご利用方法	電話 0739-33-7340 (直通) 面接場所 上富田町役場 長寿課
国民健康保険団体連合会	ご利用時間	平日 午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話 073-427-4665

## 9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 嵯峨 雅之
-------------	-----------

(2) 成年後見制度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) 従業者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。

## 10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

### 11. 緊急時の対応方法

利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

### 12. 事故発生時の対応

- ・事業者は、利用者に対する指定相当通所型サービスの提供により、事故が発生した場合には区市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・事業者は、前項の事故の状況および事故に際して取った処置を記録します。
- ・事業者は、利用者に対する指定相当通所型サービスの提供により賠償すべき事故が発生し、損害が生じた場合には、損害賠償を行います。

令和 年 月 日

当事業者は、指定相当通所型サービスの提供開始に当たり、利用者、利用者の家族（親族）に対してサービス内容説明書および重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項を説明しました。

事業者 〈住 所〉 〒649-2107  
和歌山県西牟婁郡上富田町市ノ瀬2504-8  
デイサービスセンターくちくまの  
〈事業者名〉 社会福祉法人 上富田町社会福祉協議会  
〈代表者名〉 会 長 平 見 信 次 印

説明者 〈氏 名〉 \_\_\_\_\_ 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けましたので、同意します。

利用者 〈住 所〉  
〈氏 名〉 \_\_\_\_\_ 印

代筆者 〈住 所〉  
〈氏 名〉 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 印