

# 指定共生型生活介護重要事項説明書

(社福) 仁淀川町社会福祉協議会

デイサービスセンター池川

高知県吾川郡仁淀川町土居甲 921-1

生活介護サービス提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 事業者（法人）の概要

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 仁淀川町社会福祉協議会      |
| 法人所在地 | 高知県吾川郡仁淀川町大崎 2 6 4 - 8  |
| 電話番号  | 0 8 8 9 - 3 5 - 0 2 0 7 |
| 代表者氏名 | 会長 中 越 八 束              |
| 設立年月日 | 平成 1 9 年 4 月 1 日        |

## 2. 事業所の概要

### (1) 事業所の所在地等

|         |  |
|---------|--|
| 事業所の名称  | デイサービスセンター池川                                 |
| 指定事業者番号 | 共生型生活介護<br>高知県 3912404229 号（令和 4 年 8 月 17 日） |
| 開設年月日   | 令和 4 年 8 月 17 日                              |
| 事業所所在地  | 高知県吾川郡仁淀川町土居甲 9 2 1 - 1                      |
| 電話番号等   | TEL 0889-34-2069 FAX 0889-34-3535            |
| 管理者     | 中 川 か お り                                    |
| 通常の実施区域 | 仁淀川町の旧池川地域と旧吾川村（旧大崎小学校区の一部）                  |
| 利用定員    | 34 名（介護保険法上の定員を含む）                           |

### (2) 事業の目的及び運営方針

|       |   |
|-------|---|
| 事業の目的 | 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定共生型生活介護の事業の適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、利用者に対する適切なサービスを提供する。   |
| 運営方針  | 利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、常時介護を要する利用者に対して、入浴、排せつ及び食事等の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行う。<br>利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行う。 |

|  |   |
|--|---|
|  | 利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対して、研修を実施する等の措置を講ずる。 |
|--|---|

(3) 営業日及び営業時間

|          |  |
|----------|--|
| 営業日      | 月曜日 ～ 金曜日  |
| 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40分                             |
| 休業日      | 土、日及び年末年始（12月30日 ～ 1月3日）<br>※天候やその他やむを得ない状況の場合臨時休業あり |

(4) 職員の体制

| 職種    | 常勤   | 非常勤  | 職務の内容  |
|-------|------|------|--|
| 管理者   | 1    |      | （介護保険事業兼任）事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。 |
| 看護師   | 1名以上 |      | （介護保険事業兼務）健康チェック等を行う事により利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。 |
| 生活支援員 | 5名以上 | 1名以上 | （介護保険事業兼務）個別支援計画に基づき、入浴・排せつ・食事介助など日常生活上の支援を行う。                           |
| 事務職員  | 1名以上 |      | （介護保険事業兼務）必要な事務処理を行う。  |

3. 提供するサービス内容

| サービス区分      | サービスの内容   |
|-------------|---|
| 個別計画書作成     | ・相談支援事業所が作成したサービス計画に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた個別計画書を作成します。 |
| 入浴          | ・入浴又は清拭を行います。   |
| 排泄          | ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。  |
| 食事          | ・栄養と利用者の身体の状況に配慮した食事を提供します。   |
| 相談・レクリエーション | ・利用者とその家族からの相談に応じ、指導、援助を行います。   |

|        |  |
|--------|--|
|        | ・利用者の状況により集団活動に参加していただき、必要な援助を行います。              |
| 機能訓練   | ・機能訓練指導員による利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 |
| 健康チェック | ・看護職員が血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。                     |
| 送迎     | ・自宅から施設までの送迎を行います。                               |

#### 4. 利用料

##### (1) 生活介護の利用料（共生型）

|                 |
|-----------------|
| 共生型生活介護サービス費（Ⅰ） |
| 698 単位/日        |

| 区分                               | 加算単位数                | 要件                                      |
|----------------------------------|----------------------|---|
| 常勤看護職員等配置加算（Ⅰ）<br>利用定員20人以上40人以下 | 19 単位/日              | 常勤換算法で1以上の看護職員を配置している場合                 |
| 初期加算                             | 30 単位/日              | サービスの利用開始から30日間                         |
| 食事提供体制加算                         | 30 単位/日              | 当該施設内の調理室を使用しての提供                       |
| 欠席時対応加算                          | 94 単位/1回<br>(1月4回まで) | 急病等によりその利用を中止した日の前々日、前日又は当日に中止の連絡があった場合 |
| 利用者負担上限額管理加算                     | 150 単位/月             | 当事業所が利用者負担額合計額の管理を行った場合                 |
| 入浴支援加算                           | 80 単位/日              | 医療的ケアが必要な者又は重症心身障害者が対象                  |

※初期加算は最終利用から3ヶ月後に利用を再開された場合には再度算定させていただきます。

※支給限度枠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、負担額を変更します。

##### (2) 支援費支給対象とならないサービス

|      |  |
|------|--|
| 食費   | 1食につき650円の実費をいただきます  |
| おむつ代 | おむつの提供をする場合、その実費をいただきます  |
| その他  | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品等）について、費用の実費をいただきます |

### (3) 交通費

利用者の居宅が、仁淀川町以外の市町村の場合、運営規定の定めに基づき、仁淀川町を越えた地点からお宅までの距離に応じ、交通費として1 km当たり 20 円とし、往復距離分の実費をご負担いただきます。なお仁淀川町より 30 km以内の範囲とさせていただきます。

### (4) 利用料金のお支払い方法

前期の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、翌月の25日に指定の口座から自動引き落としさせていただきます。自動引き落としができない場合は、下記の事業者指定する口座へその月の月末までに金融機関からお振込みください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後翌月の請求時にお届けします。

| 支払い方法   | 支払い要件等  |
|---------|---|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の25日に（祝休日の場合は直後の平日）利用者が指定する口座より引き落とします。<br>※ご利用できる金融機関<br>高知県農協各支所、郵便局、高知銀行、高知信用金庫                   |
| 銀行振り込み  | サービスを利用した月の翌月の末日までに（祝休日の場合は直後の平日）事業者が指定する下記の口座にお振込みください。<br>高知県農協 吾川支所 普通預金 口座番号 0001891<br>名義 社会福祉法人 仁淀川町社会福祉協議会 |

## 5. サービス利用にあたって留意事項

- (1) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (2) 体調や容態の急変等によりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに事業所へご連絡をお願いいたします。
- (3) 事業所内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- (4) 所持品は自己管理を原則とします。人の多い場所ですので、多額の現金・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- (5) 必要に応じて利用当日の健康状態等を事業所に伝え、また特に感染症の疑いが少しでもあるような場合は必ず事前に事業所へご相談ください。状況、状態によりご利用できない場合があります。
- (6) 台風、地震、積雪等の悪天候時や災害時等事業所の開設が困難な場合には、やむを得ずサービスの提供を中止させていただきます。

## 6. 利用の中止・変更・追加

(1) 利用者は、利用期日前において、サービスの利用を中止又は変更もしくは追加することが

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所に申し出てください。

(2) サービス利用の変更、追加の申し出に対して事業所の稼働状況により利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議するものとします。

## 7. サービス実施の留意事項

### (1) 事業者及びサービス従業者の義務

一 サービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、生活環境の安全に配慮するものとし、利用者の体調・健康状態等の必要な事項について看護職、若しくは主治医又は予め定めた協力医療機関との連携及び利用者からの聴取、確認したうえでサービスを提供します。

二 サービス提供時において利用者の体調や容態の急変、その他必要な場合は、速やかに主治医又は予め定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。

### (2) サービスの提供にあたって

一 障害福祉サービス受給者証に記載された内容を確認させていただきます。住所等に変更があった場合には速やかにお知らせください。

二 支援事業所が作成した計画書に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて「個別計画書」を作成します。なお、作成した「個別計画書」は、利用者又は家族にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。

三 サービス提供は、「個別計画書」に基づいて行います。なお「個別計画書」は、利用者の心身の状況や意向等の変化により、必要に応じて変更することができます。

### (3) 虐待の防止について

一 事業所は利用者の人権の擁護、虐待等の防止のため次の措置を講じるものとします。

① 虐待を防止するための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ること。

② 虐待の防止のための指針を整備すること。

③ 従業者に対し、虐待を防止するための研修及び虐待防止を啓発、普及するための研修を定期的に実施すること。

## 8. 身元引受人

(1) 契約締結にあたり、家族等の身元引受人を立てていただくようお願いします。

(2) 身元引受人は、家族や身近な親戚になっていただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。

(3) 身元引受人は、下記の内容に関して責任を負うことになります。

一 利用者の利用料等の経済的な債務についての連帯履行義務

二 利用者が疾病等により医療機関に入院、受診する場合の申し込み、費用の支払い手続き

並びに送迎

### 三 その他利用者に関わる事項

- (4) 身元引受人が死亡した時や破産宣告を受けた場合は、新たに身元引受人を立てていただき、再契約をしていただくことになります。

## 9. 守秘義務

- (1) 事業者及びサービス従業者は、生活介護サービスを提供するうえで知り得た契約者又はその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。
- (2) 事業者は、契約者の緊急の医療上の必要性がある場合には、医療機関等に契約者の心身に関する情報を提供できるものとします。
- (4) 契約者に関わる他の支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文章により得た上で、契約者又は契約者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

## 10. 緊急時における対応方法

サービス提供時において、利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医又は協力医療機関及び利用者が予め指定する連絡先にも連絡を行う等、必要な措置を講じるものとします。

## 11. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、当該利用者に関わる支援事業者等に連絡し、必要な措置を講じるとともに事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をします。なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 保険会社名 | あいおい損害保険株式会社    |
| 保 険 名 | 社会福祉施設総合保険      |
| 補償の概要 | 対人・対物・管理財物賠償補償等 |

- (2) 事業者の責に帰すべからざる事由

- 一 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して障害が発生した場合
- 二 利用者が、サービスの実施に当たって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- 三 利用者の急激な体調の変化等事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- 四 利用者が、事業者若しくはサービス従事者の指示、依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

## 12. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として必要

な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えております。

### 13.衛生管理等

- (1) 事業所の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。

### 14.サービス従業者の禁止行為

サービス従業者は、サービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- (1) 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療補助行為を除く）
- (2) 利用者又はその家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類の預かり
- (3) 利用者又はその家族からの金銭、物品、飲食の授受
- (4) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
- (5) 利用者又はその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

### 15.サービス提供の記録

- (1) サービスの実施ごとにサービス提供の記録を行うこととしその記録はサービス完結から5年間保存します。
- (2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

## 16.相談窓口、苦情対応

(1) 当事業所のサービスについて、相談や苦情については次の窓口で対応いたします。

| 相談担当者                  | 連絡先          | 対応時間                       |
|------------------------|--------------|----------------------------|
| 管理者 中川 かおり<br>相談員 川上 勇 | 0889-34-2069 | 月曜日～金曜日<br>午前8時30分～午後5時15分 |

(2) 公共機関においても、次の期間に対して苦情の申し立てができます。

|                        |                               |  |
|------------------------|-------------------------------|--|
| 仁淀川町地域包括支援センター         | 所在地<br>電話番号<br>FAX 番号<br>対応時間 | 仁淀川町大崎 393-2<br>0889-35-0880<br>0889-35-0228<br>月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分    |
| 仁淀川町在宅介護支援センター<br>いけがわ | 所在地<br>電話番号<br>FAX 番号<br>対応時間 | 仁淀川町土居甲 916-3<br>0889-34-2251<br>0889-34-3769<br>月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分   |
| 仁淀川町在宅支援センター<br>によど    | 所在地<br>電話番号<br>FAX 番号<br>対応時間 | 仁淀川町森 2571<br>0889-32-1132<br>0889-32-1100<br>月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分      |
| 高知県社会福祉協議会<br>運営適正委員会  | 所在地<br>電話番号<br>FAX 番号<br>対応時間 | 高知市朝倉戊 375-1<br>088-802-2611<br>088-872-6211<br>月曜日～金曜日 午前9時～午後4時          |
| 高知県国民健康保険団体連合会         | 所在地<br>電話番号<br>FAX 番号<br>対応時間 | 高知市丸ノ内 2-6-5<br>088-820-8410<br>088-820-8413<br>月曜日～金曜日午前9時～午後4時(12～13時除く) |

(4) 提供するサービスの第三者評価の実施について

|             |   |
|-------------|---|
| 実施の有無       | 無 |
| 実施した直近の年月日  | 無 |
| 実施した評価機関の名称 | 無 |
| 評価結果の開示状況   | 無 |

【重要事項説明確認欄】

令和 年 月 日

私は指定生活介護契約の締結に際し、利用者及び身元引受人に重要事項の説明を行いました。

事業所 所在地 高知県吾川郡仁淀川町土居甲 921-1  
事業所名 デイサービスセンター池川  
説明者氏名 ⑩

私は、本書面に基づいてデイサービスセンター池川の、上記職員から重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 高知県吾川郡仁淀川町  
氏 名 ⑩

署名代筆者

利用者は、心身の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所  
氏 名 ⑩

身元引受人（連帯保証人）

私は、重要事項につき説明を受け身元引受人の責任について理解しました。

身元引受人 住 所  
氏 名 ⑩  
利用者との続柄 ( )