

# デイサービスやまものの家

## 重要事項説明書

[令和7年10月1日現在]

当事業所は介護保険の指定を受けています  
(島根県指定第3270700473)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービス及び介護予防通所介護(従来型) 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とおり説明します。

\* 当サービスの利用は原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人けいびん会
- (2) 法人所在地 島根県浜田市久代町309番地
- (3) 電話番号 0855-28-1155
- (4) 代表者氏名 理事長 佐々木 啓司
- (5) 設立年月 昭和60年 7月15日

### 2. 事業所の概要

- (1) サービスの種類 通所介護、介護予防通所介護(従来型)  
平成16年2月17日 指定 島根県3270700473
- (2) 事業所の目的 利用者が日常生活上の援助及び機能回復訓練を受けることにより、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう援助する。
- (3) 事業所の名称 デイサービスやまものの家
- (4) 事業所の所在地 島根県浜田市久代町309番地
- (5) 電話番号 0855-28-1155
- (6) 施設長(管理者) 氏名 佐々木 令子
- (7) 当事業所の運営方針 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った通所介護及び介護予防通所介護(従来型)の提供に努める。
- (8) 開設年月 平成16年 2月
- (9) 利用定員 日曜日20人、月曜日35人、火曜日35人、水曜日35人、木曜日30人、金曜日40人、土曜日40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 浜田市の旧浜田市地域、金城町久佐・七条・今福地域、江津市の波子町地域、有福温泉町地域、敬川町地域、二宮町地域とする。  
ただし、当該地域を越えてサービス提供を行うことができる。また、家族による送迎の場合はこの限りではありません。
- (2) 営業日及びサービス提供時間

|          |                                                      |
|----------|------------------------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日～日曜日<br>但し、年末年始(12月30日～1月3日)<br>盆(8月14日～8月16日)を除く |
| サービス提供時間 | 9:15～16:20                                           |

#### 4. 職員の配置状況

- (1) 当事業所では、利用者に対して指定通所介護サービス及び介護予防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。(パートタイム職員を含む)

| 職種及び職務内容                                                                                  | 勤務職員 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1, 施設長(管理者)<br>サービス利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。                                | 1 名  |
| 2, 介護職員<br>利用者の方の入浴、排泄、日常生活動作等の補助を行います。                                                   | 18 名 |
| 3, 生活相談員<br>利用者の方の日常生活の相談、指導等を行います。                                                       | 3 名  |
| 4, 看護職員<br>身体状況のチェック、健康相談等を行います。                                                          | 8 名  |
| 5, 機能訓練指導員(看護職員・介護職員兼務)<br>身体状況のチェック、健康相談等を行います。また、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またその減退を防止する訓練を行います。 | 9 名  |
| 6, 管理栄養士又は栄養士<br>利用者の食事の献立作成又は献立作成の指導、栄養管理、利用者に対する栄養指導等を行います。                             | 1 名  |

- (2) 主な職種の勤務体制

| 職 種     | 勤 務 体 制                |
|---------|------------------------|
| 生活相談員   | 勤務時間<br>早 番 8:00～17:00 |
| 介護職員    | 中 番 8:30～17:30         |
| 看護職員    | 準遅番 8:45～17:45         |
| 機能訓練指導員 | 遅 番 10:00～19:00        |
|         | 夜 勤 16:00～10:00        |

#### 5. サービスの内容

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

①介護

- ・着替え、排泄、食事の介助等必要な介護を行います。

②送迎

- ・利用者の当事業所への通所にかかる送迎をいたします。

③食事

- ・当事業所では、栄養士等の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・食事時間 昼食 12:10～13:10

④入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を利用して入浴することができます。

⑤機能訓練

- ・機能訓練指導員により、「心身機能」への働きかけを中心に行う訓練を実施します。

⑥延長サービス

- ・心身の状況、その他利用者のやむを得ない事情により長時間のサービスが必要な利用者に提供します。

## 6. サービス利用料金

当事業所が提供するサービスについて

- (1) 介護保険及び総合事業の給付対象となるサービス
- (2) 介護保険及び総合事業の給付対象とならないサービス

があります。ご利用の際は、(1)、(2)を合わせた金額をお支払いいただくこととなります。

### (1) 介護保険及び総合事業の給付対象となるサービス

#### ①通所介護をご利用の方(要介護1～5)

(単位：円)

| 1回につき<br>(自己負担分) | 要介護<br>1      | 要介護<br>2 | 要介護<br>3 | 要介護<br>4 | 要介護<br>5 |
|------------------|---------------|----------|----------|----------|----------|
| 基 本 料 金          | 658           | 777      | 900      | 1,023    | 1,148    |
| 入浴介助加算           | 40            |          |          |          |          |
| 個別機能訓練加算 (I) ロ   | 76            |          |          |          |          |
| サービス提供体制強化加算 (I) | 22            |          |          |          |          |
| 科学的介護推進体制加算      | 40/月          |          |          |          |          |
| 口腔機能向上加算 (I)     | 150 (1月2回を限度) |          |          |          |          |
| 中重度者ケア体制加算       | 45            |          |          |          |          |

\* 送迎を行わない場合は片道47円の減算になります。

#### ②介護予防通所介護 (従来型) をご利用の方 (要支援1・2)

(単位：円)

| 1月につき<br>(自己負担分) | 要支援1・2<br>週1回程度利用 | 要支援2<br>週2回程度利用 |
|------------------|-------------------|-----------------|
| 基 本 料 金          | 1,798             | 3,621           |
| サービス提供体制強化加算 I   | 88                | 176             |
| 科学的介護推進体制加算      | 40                | 40              |
| 口腔機能向上加算 (I)     | 150               | 150             |

\* (1) ①、②共に、合計金額に別途6.4%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。

\*上記の(1) ①、②の金額は、国から定められた費用の1割となっていますが、浜田地区広域行政組合が負担割合を2割・3割と定める利用者については2倍・3倍の金額となります。この費用につきましては今後改定がなされる場合があります。また、利用者の要介護度に変更があった場合は、要支援または要介護度に応じて負担額が変更となります。

\*利用者がまだ要支援、要介護認定をうけていない場合には、国が定めたサービス利用料金の全額をいったんお支払いいただき、要支援又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)。また居宅サービス計画が作成されていない場合でも償還払いとなります。償還払いとなる場合、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。

\*「口腔機能向上加算 (I)」は、口腔機能が低下している又はそのおそれがある場合に算定します。

### (2) 介護保険及び総合事業の給付対象とならないサービス

①昼食代 1回あたり 900円 (食材費+調理費相当分800円・おやつ代100円)

②紙おむつ代 (実費)

③通常の事業実施地域以外にお住まいの方で、サービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費 (通常の事業の実施地域を越えた地点から1kmあたり50円) をいただきます。

④洗濯代 200円（サービス提供中の汚染時）

⑤キャンセル料 連絡のないキャンセルの場合は、昼食代のお支払をお願いします。

（１）（２）の利用料金について金額を変更する場合はあらかじめ利用者又はその家族に対して説明を行い、書面により同意を得ることとします。

### （３）利用料金のお支払い方法

料金・費用は1ヶ月ごとに計算し翌月10日以降に請求書を発行いたします。請求のあった月の20日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座振替になります。取り扱い金融機関は「山陰合同銀行」「日本海信用金庫」「島根県農業協同組合（JAしまね）」「ゆうちょ銀行」です。入金確認後、領収書の発行をいたします。

なるべく口座振替にてお支払いください。やむを得ない場合は現金支払いに対応いたします。

お支払方法に○印を記入して下さい。

|      |       |
|------|-------|
| 口座振替 | 現金支払い |
|------|-------|

### （４）利用の中止、変更、追加

○ 利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護サービス及び介護予防サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を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者に出して下さい。

○ 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期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

## 7. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 「デイサービスやまももの家防災計画規定」により対応する。
- ・ 防火設備 消火器・誘導灯・消火栓・自動火災報知器等の設備
- ・ 防災訓練 年2回実施
- ・ 防火管理者 生活相談員 佐々木 杏子

## 8. 緊急時等における対応方法

（１）事業所の職員は、指定通所介護、介護予防通所介護（従来型）の提供中に、指定通所介護、介護予防通所介護（従来型）に起因する事故、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医、当該利用者の家族への連絡等必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告する。

（２）前項の規定により報告を受けた管理者は、市町村、当該利用者に係る介護支援事業者等関係機関に連絡を行うとともに必要な措置を講ずる。

（３）事業所は、指定通所介護、介護予防通所介護（従来型）を提供するにあたり、あらかじめ利用者の心身の状況を把握するとともに、緊急連絡網を整備しておく。

## 9. 事故発生時の対応

サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、火災、天災などの緊急時には「事故等発生時の緊急対応要綱」にそって、迅速に対応いたします。

## 10. 賠償責任

サービスの提供にともなって、事業所の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

（損害賠償がなされない場合）

事業所は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、損害賠償責任を免れます。

- 1 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損害が発生した場合。
- 2 利用者が、サービスの実施にあ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。
- 3 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。
- 4 利用者が、事業者も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。

## 1 1. 裁判管轄

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業所は松江地方裁判所浜田支部をもって第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

## 1 2. 個人情報の保護

事業所及びその職員は、在職中また退職後においてもサービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。これは本契約が終了した後も継続します。

事業所は利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

事業所は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、関係機関等に対し、利用者の個人情報を提供しません。

(就業規則第16条3項及び「個人情報の保護等に関する規程」による)

## 1 3. 衛生管理等

事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備及び飲料水について、その衛生的管理に努め、また、事業所内において感染症が発生又は蔓延しないよう必要な措置を講じます。

2 事業所は、事業所において感染症の発生及びまん延の防止のため次の各号に掲げる措置を講じます。

(1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

(2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

(3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 1 4. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護事業及び介護予防通所介護(従来型)事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

2 事業所は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 1 5. その他の運営に関する重要事項

事業所は、利用者に対し適切な指定通所介護、介護予防通所介護(従来型)が提供できるよう、事業所の職員の勤務体制を定めるとともに、当該従業者の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けます。

1. 採用時研修 採用後6ヶ月以内

2. 定期研修 年1回以上

3. 全ての通所介護従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

## 16. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

(1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うこと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) 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

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 17. ハラスメントに対する方針

事業所は、適切な指定通所介護及び介護予防通所介護(従来型)の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

## 18. 身体的拘束等の禁止及び緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続き

事業者は、通所介護及び介護予防通所介護（従来型）の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならないこととし、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

## 19. 福祉サービス第三者評価の実施状況

福祉サービス第三者評価については受審しておりません。

## 20. 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窓口で受け付けます。

○ 電話番号 0855-28-1155

○ 苦情受付担当者 主任 中川 将太

○ 受付時間 毎週月曜日～日曜日 9:00～17:30

(8月14日～8月16日及び12月30日～1月3日を除きます)

○ 第三者委員 中田 善喜 0855-28-1890 山口 克明 0855-22-0321

### (2) 行政機関その他苦情受付機関(各機関とも、土曜日、日曜日、祝日及び12月29日～1月3日を除いて受け付けます)

| 機関名                         | 所在地                                       | 電 話          | 受付時間       |
|-----------------------------|-------------------------------------------|--------------|------------|
| 国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情相談窓口 | 〒690-0825<br>島根県松江市学園1-7-14               | 0852-21-2811 | 9:00～17:00 |
| 島根県運営適正化委員会                 | 〒690-0816<br>島根県松江市東津田町1741-3<br>いきいきプラザ内 | 0852-32-5913 | 8:30～17:00 |
| 浜田市役所<br>健康医療対策課            | 〒697-8501<br>島根県浜田市殿町1                    | 0855-25-9320 | 8:30～17:15 |
| 浜田地区広域行政組合<br>介護保険課         | 〒697-8501<br>島根県浜田市殿町1<br>浜田市役所北分庁舎内1階    | 0855-25-1520 | 8:30～17:15 |
| 江津市<br>健康医療対策課              | 〒695-8501<br>島根県江津市江津町1525                | 0855-52-7480 | 8:30～17:15 |

令和 年 月 日

指定通所介護サービス及び介護予防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。

デイサービスやまもの家

説明者職名 氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス及び介護予防サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所

氏名

利用者ご本人様以外で代筆された場合は下記にもご記入お願いいたします。

私は、下記の理由により利用者に代わり上記署名を行いました。

代理人 住所

氏名

署名を代行した理由 続柄

## 個人情報使用同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下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。

### （１）使用する目的

事業所が、介護保険法に関する法令に従い、私の通所介護サービス利用契約に基づきサービス提供を円滑に実施するために行なう、サービス担当学会議などにおいて必要な場合

### （２）使用にあたっての条件

- 1 個人情報の提供は、（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 事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

### （３）個人情報の内容

氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業所が通所介護サービスを提供するために最小限必要なご利用者やご家族個人に関する情報

### （４）使用する期間 令和 年 月 日から契約期間の満了日まで

令和 年 月 日

社会福祉法人けいびん会  
デイサービスやまもの家 様

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、下記の理由により利用者に代わり上記署名を行いました。

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

署名を代行した理由 \_\_\_\_\_

家族の代表者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_