

KaKa+こんぴらデイサービス

地域密着型通所介護・総合事業(第1号通所事業)

重要事項説明書

地域密着型通所介護や総合事業の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	かかぶらす KaKa Plus株式会社
主たる事務所の所在地	〒750-0093 下関市彦島西山町3丁目6番22号
代表者(職名・氏名)	代表取締役 西重 大吾
設立年月日	令和4年3月14日

2. 事業所の概要

事業所の名称	かかぶらす KaKa+こんぴらデイサービス	
事業所の所在地	〒750-0058 下関市金比羅町5番13号	
電話番号	083-242-2865	
FAX番号	083-242-2866	
指定年月日・事業所番号	令和4年8月1日指定	3590109389
指定年月日・事業所番号	令和4年8月1日指定	35A0100252
実施単位・利用定員	1単位	定員15人
通常の事業の実施地域	旧下関市(本庁圏域、彦島圏域、山陰圏域、山陽圏域(離島を除く))	

KaKa Plus 株式会社が運営する KaKa+こんぴらデイサービス(以下「事業所」という。)が行う指定通所介護・日常生活支援総合事業および第一号通所事業(以下「事業」という。)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、事業所の生活相談員その他の従業員(以下「生活相談員等」という。)が要介護、要支援又は事業対象者(以下「要介護状態等」という。)となった高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。

3. 運営の方針

- 事業サービスの提供に当たっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

- ・事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。提供するサービスの第三者評価の実施はありません。

4. 提供するサービス

特 徴

- ・リハビリ専門職が身体状況に合わせた機能訓練プログラムを立案し実施します。
- ・リハビリ専門職が個別に対応し、日常生活動作が安全に行えるように評価し支援します。
- ・リラクゼーションを目的とする各種器具の利用

内 容

- ・食事の提供
食事の提供及び必要な介助を行います。
- ・入浴
入浴サービスの提供。計画を立て、必要な介助を行います。
- ・日常生活動作の機能訓練
利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。
- ・健康状態の確認
体調や血圧等の確認を行い日々の健康チェックを実施します。
- ・送迎
居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。
- ・日常生活における相談及び助言
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ・その他日常生活上の援助
利用者に必要な日常生活上の世話及び援助を行います。
- ・保険外サービス
 - ① アロマリンパケアサービス
希望者に対して資格を有した専門職員が実施を行います。
 - ② 夕食配食サービス
希望者に対して当事業所と契約を行っている事業者を利用します。
 - ③ 理髪サービス
当事業所と契約を行っている出張理髪サービスを利用し、頭髮の清潔を保ちます。
※保険外サービスを利用する場合は、通所介護時間はその時間までで終了します。
※保険外サービスを利用する場合は、ご本人やご家族様に同意を得て、居宅介護支援事業者へ報告を行い必要であれば計画の変更なども相談し実施するものとする。

5. 営業日時

営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日 ただし、お盆(カレンダーによる)、年末年始(12月30日から1月3日まで)は休日。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時10分まで(7時間以上8時間未満)

6. 事業所の従業員の体制

(1)管理者 1人(常勤)

事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業員に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。利用者の送迎を行う。

(2)従業員

・ 生活相談員 1人以上(常勤)

利用者及び家族等からの相談に応じ、従業員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との連絡調整等を行う。利用者の送迎を行う。

・ 看護職員 1人以上(非常勤)

利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。利用者の送迎を行う。

・ 介護職員 3人以上(常勤1名、非常勤2名)

利用者の入浴、食事等の介助及び援助を行う。利用者の送迎を行う。

・ 機能訓練指導員 1人以上(常勤)

日常生活を通して機能の減衰を防止するための訓練やリカレント教育を行う。利用者の送迎を行う。

(2)事業所の設備

定員 15名

静養室 ベッド1台 相談室 1室 浴室 介護浴槽 事務室 1室

食堂兼機能訓練室 1 機能訓練室 1室 送迎車 3台

7. 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

※一定以上所得がある場合、利用者負担金が記載金額の2割～3割負担になります。

(1)地域密着型通所介護の利用料

【基本部分】

(1) 基本料金と加算について

事業を提供した場合の利用料金額は、厚生労働大臣又は下関市が定める基準によるものとする。

【その他 料金】

種類	利用料金
昼食費(おやつ代含む)	700円
おむつ代	紙おむつ100円/枚
	パット 50円/枚
レクリエーション費	材料費など本人負担となるもの
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など)について、費用の実費をいただきます。

(2)キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前営業日17時30分までに事業所に申し出てください。利用日の前営業日17時30分までに連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日前営業日17時30分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日17時30分までにご連絡がなかった場合	食費代700円

(3)支払い方法

毎月、10日までに前月分の利用料の請求をいたします。25日までにお支払ください。

お支払方法は、銀行・郵便局の指定口座からの引き落とし、銀行振り込み、現金払いの中からご契約の際に選択できます。いずれかをチェックをお願いします。

- 指定口座からの引き落とし
- 当事業所にて現金払い
- 指定口座へのお振込み

KaKa Plus株式会社 代表取締役 西重大吾

(カカ プラスカブシキガイシャ ダイヒョウトリシマリヤク ニシシゲダイゴ)

西中国信用金庫 新地支店 普通預金 口座番号 0292926

(4)領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・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します。
- ・利用者の事情で時間に遅れた場合、送迎サービスが受けられない場合があります。

9. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業所は、利用者の個人情報について、厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものと

します。

- ・事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。
- ・事業者は、利用者およびその家族の有する問題や解決すべき課題などについて話し合うためのサービス担当者会議において、利用者および家族の個人情報を、情報共有するために用いることを、本契約をもって同意したとみなします。

(2)個人情報利用範囲

- ・適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合のための情報共有
- ・サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- ・サービス利用にかかわる管理運営のため
- ・緊急時の医師や医療機関への連絡のため
- ・ご家族及び後見人様などへの報告のため
- ・当社サービスの維持、改善にかかる資料のため
- ・当社の職員研修などにおける資料
- ・法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ・損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ・特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する。

(3)肖像権について

当社のホームページ、パンフレット、社内研修、掲示物、広報誌などにおいて、ご利用者様の映像、写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきましては以下にチェックをご記入ください。

同意する 同意しない

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	
	電話番号	

11. 事故発生時の対応

通所介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を

速やかに行います。ただし、事業所の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

12. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号	083-242-2865
	受付時間	月曜・火曜・水曜・木曜・金曜・土曜 8時30分から17時30分
	担当者名	西重 大吾

(2) その他 窓口

山口県国民健康保険団体連合会

住所 山口市朝田 1980 番地7 国保会館

Tel 083-995-1010

Fax 083-934-3665

受付日時 午前9時00分～午後5時00分(土・日・祝日・年末年始を除く)

下関市福祉部介護保険課事業者係

住所 下関市南部町 1 番1号

Tel 083-231-1371

Fax 083-231-2743

受付日時 午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日・年末年始を除く)

下関市福祉部長寿支援課支援係

住所 下関市南部町1番1号 西館2階

Tel 083-231-1340

Fax 083-231-1948

受付日時 午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日・年末年始を除く)

・相談及び苦情の対応

相談又は電話があった場合、原則として苦情受付担当者が対応する。苦情受付担当者が対応できない場合、他の従業員でも対応するが、その旨を担当者に報告する。

・確認事項

次の事項について確認する。

- ① 相談者又は苦情のあった利用者の氏名
- ② 提供したサービスの種類
- ③ 提供した年月日及び時間
- ④ 担当した従業員の氏名(利用者がわかる場合)
- ⑤ 具体的な苦情・相談の内容

・相談及び苦情処理期限の説明

相談及び苦情処理の相手に対し、対応した従業員の氏名を名乗るとともに相談・苦情を受けた内容について、回答する期限を併せて説明する。

・相談及び苦情処理

概ね次の手順により、相談及び苦情について処理する。

- ① 事業所内において、管理者を中心として相談・苦情処理のための会議を開催する。
- ② サービスを提供した者からの概要説明を行う。
- ③ 問題点の整理、洗い出し及び今後の改善策についてのディスカッションを行う。

- ④ 文書により回答を作成し、苦情受付担当者が事情説明を利用者に対して行った上で、文書を渡す。
- ⑤ 苦情処理の場合、その概要についてまとめた上で国民健康保険連合会に対して報告を行い、更なる改善点について助言を受ける。
- ⑥ 苦情受付担当者は、同様の苦情等が再度起こらぬよう、事業所内の周知徹底を図る。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者に限る)

- ・管理者又は直接当該居宅サービス事業者利用者からの苦情内容を伝えるとともに、それに対するサービス事業者の認識について説明を受ける。
- ・管理者がサービス事業者に改善策の提案を求め、それについて評価・助言を行う。
- ・最終的に合意・決定した改善策を文書でまとめ、担当介護支援専門員がサービス提供事業者と一緒に利用者への改善策を説明し理解を得るとともに、文書を渡す。
- ・その後においても、サービス提供事業者のサービス内容について改善が見られない場合、及び再度利用者から苦情があった場合は、サービス事業者の変更を含めた対応を図る。

(4) その他参考事項

- ・苦情が出された場合は、誠意をもって対応するものとし、苦情まで至らないケースであっても、利用者から希望や相談等があった場合、事例検討会等の検討材料とし、以後のサービス提供に資するよう工夫する。
- ・サービス業におけるビジネスマナー(接遇等)を徹底するほか、適宜研修を実施し、より利用者の立場に立った サービス提供を心がけるよう、従業員指導を行う。
- ・利用者に満足頂けるようなサービスを提供できるよう、従業員の健康管理にも十分配慮する。

13. 非常災害対策

- ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・事業所は、防災計画に基づき、年1回、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

14. 虐待防止について

(1) 虐待の防止について

事業所は、利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等のため、次の措置を講じます。高齢者虐待防止のための指針を策定し、すべての職員は指針に従い、業務にあたることとする。

- (1) 虐待の防止に係る責任者を選定します。

役職:生活相談員、氏名:村岡 恵子

15. サービスの利用について

(1) サービスの終了

- ①ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

- ②当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1か月前までに、文書で通知いたします。

- ③自動終了(以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します。)

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

・ご利用者様が亡くなられた場合

(2)契約の解除

・当事業所が、正当なり理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することが出来ます。

・当事業所が破産した場合は、ご利用者様に文書で通知することで、即座に契約を解約することが出来ます。

・ご利用者様が、支払うべきサービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を払うように催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合は、文章で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

・ご利用者様やご家族様などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書通知することで当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

(3)その他

・ご利用者様に、ご病気、怪我などで健康上に問題がある場合は、当事業所におけるサービスのご利用をお断りする場合があります。

・当事業所の行う健康チェックにおいて、ご利用者様の体調が思わしくない場合サービスの変更、または、サービスの提供を中止する場合があります。

・当事業所のサービス利用中に、ご利用者様の体調が悪くなった場合、サービス提供を中止する場合があります。その場合には、ご家族または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。

・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に悪影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。ご利用者様の疾患(感染症)が治癒するまで、当事業所におけるサービスの利用はお断りさせていただきます。

・サービス利用中は、他利用者様との金銭の貸し借りや物品の貸し借り、食べ物のやり取りなどをご遠慮ください。

・当事業所の施設内では、政治活動や宗教活動、物品の販売などの行為は禁止させていただきます。

16. 送迎について

(1)原則として玄関の中までをお迎えとお送りいたします。

※身体的、環境的等で諸事情がある場合は、ご本人様やご家族様と話し合いを行いできる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。

(2)送迎時間について

交通事情で10分以上到着が遅れる場合があります。その際は事業所より電話連絡をいたします。

(3)ご利用者様の体調不良を除き、出発の準備が出来ていない等、他のご利用者様に迷惑をおかけしますので長時間待機することは出来ません。ご本人様やご家族様のご協力をお願いします。

(4)乗車中は、ご本人様の配慮すべき要点がないかぎり安全の為にシートベルトの着用をお願いしております。

年 月 日

事業所は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説明者 所在地 下関市金比羅町5番13号
事業所名 KaKa+こんぴらデイサービス
職・氏名 管理者 西重 大吾



私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意し、受領しました。

利用者 住所

氏名 印

代理人

住所

氏名 印

本人との続柄 ()

署名代行理由 ()