

通所介護 重要事項説明書

事業所整理番号 _____

1. 事業者 社会福祉法人 かも福祉会

2. 事業所名 加茂デイサービスセンター

3. 加茂デイサービスセンターの概要

(1) 加茂デイサービスセンターの指定番号およびサービス提供地域

事業所名	加茂デイサービスセンター	管理者	郷原 知則
所在地	島根県雲南市加茂町宇治328番地	電話番号	0854-49-6555
介護保険指定番号	通所介護（通常規模型事業所）島根県 3271400347号		
サービス提供地域	雲南市(掛合町を除く) ※サービス提供地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。		

(2) 同事業所の職員体制

職 種	常勤		非常勤	業務内容
	専従	兼務	専従 兼務	
管理者（兼務）		1名		管理業務
生活相談員（兼務）		3名以上		通所介護業務
看護職員（兼務）		3名以上		通所介護業務
機能訓練指導員（兼務）	1名	2名以上		通所介護業務
口腔機能向上サービス提供者（兼務）		3名以上		通所介護業務
介護職員	9名以上			通所介護業務
事務員		1名以上		介護請求業務
運転手			2名以上	送迎業務
調理員（外部委託）				
【資格】 看護師3人 介護福祉士6人 介護支援専門員4人 歯科衛生士1人 作業療法士1人				

(3) 同事業所の設備の概要

通常規模型事業所	前年度の平均利用延べ人数が 300 人以上～750 人以内の事業所		
定員	30 名	静養室	1 室
食堂兼機能訓練室	1 室 181.4 m ²	相談室	1 室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽	送迎車	7 台

※介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業「加茂デイサービスセンター」と併設の為、職員の兼務または設備の共用を行っています。

(4) 営業時間

月～土	<u>午前9時10分～午後4時20分</u>
(祝祭日含)	<u>ただし、利用者等の希望によりサービス利用計画に位置づけられている場合には、午後5時30分までとすることが出来る</u>
その他年間の休日	12月29日～1月3日（ただし、管理者が必要と認める場合は、営業日・営業時間を変更することができるものとする）

※ 緊急連絡電話 0854-49-6555（携帯電話に転送します）

4. サービス内容

- ①送迎 寝たきりの方でも車椅子のまま昇降できるリフト車をご用意致しております。
- ②健康状態の確認 血圧測定など健康状態の確認をします。
- ③食事 栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ④入浴 入浴または清拭をおこないます。
- ⑤排泄 排泄の介助を行います。
- ⑥生活相談 利用者の自立支援とともに、その家族への適切な介助方法をご指導致します。
- ⑦機能訓練 生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の世話、機能訓練を行います。
- ⑧口腔ケア 食後の歯みがきや口腔体操を行います。

5. 当事業所の特徴等

(1) 事業の目的

指定通所介護の事業の適正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、看護師、介護職員が要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

- (1) 事業所の介護職員等は、要介護者等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、生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消及び心身の機能の推進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。
- (2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス・地域包括支援センター等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。
- (3) 事業所の介護職員等は、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指定通所介護の提供に努めます。
- (4) 提供した事業については、常にその質の評価を行い、その改善を図ります。
- (5) ご利用者様の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、研修を実施する等の措置を講じます。
- (6) 事業の提供に当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう、サービスの質の向上に努めます。
- (7) 事業の提供に当たっては、利用者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、身体的拘束等を行ってはならないこととし、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載するようにします。

【外部評価】

外部機関の第三者評価の実施については行っていませんが、毎年度サービス評価基準実施報告書を保険者に提出しています。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡・・・ 積雪や災害等、又はこちらの都合等何らかの事情で、お迎えに行けない場合又遅れる場合は事前にご連絡致します。
- ・体調確認・・・ 来所時に血圧・体温等の健康チェックをします。
- ・体調不良等による
サービスの中止・変更・・・ 送迎時に、利用者の体調不良・風邪等による理由によりお休み頂くことがあります。
- ・食事のキャンセル・・・ ご本人の意思により、食事をとられない場合、料金を頂きます。

6. 利用料金等

利用料は厚生労働大臣が定める基準によるもので、法廷代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

(1) 利用料金 ① 通所介護利用料 7時間～8時間

※利用者負担額は所得に応じて1割～3割負担となります。

サービス利用料金	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
10割	6,580円	7,770円	9,000円	10,230円	11,480円
利用者負担1割	658円	777円	900円	1,023円	1,148円
利用者負担2割	1,316円	1,554円	1,800円	2,046円	2,296円
利用者負担3割	1,974円	2,331円	2,700円	3,069円	3,444円

② 加算料金

加算	入浴介助 加算Ⅰ (1日)	入浴介助 加算Ⅱ (1日)	中重度 ケア体 制加算 (1日)	個別機能 訓練加算 (Ⅰ)イ (1日)	個別機能 訓練加算 (Ⅱ) (月)	口腔機能 向上加算 (1日)	サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)
10割	400円	550円	450円	560円	200円	1500円	220円
1割	40円	55円	45円	56円	20円	150円	22円
2割	80円	110円	90円	112円	40円	300円	44円
3割	120円	165円	135円	168円	60円	450円	66円

加算	口腔・栄養スクリー ニング加算(Ⅰ) (6ヶ月に1回)	認知症 加算(1日)	科学的介護推進体制 加算 (月)
10割	200円	600円	400円
1割	20円	60円	40円
2割	40円	120円	80円
3割	60円	180円	120円

加算 それぞれに 1割 2割 3割	介護職員等処遇改善加算 I (月)
	+所定単位数 10割×92/1000

減算	高齢者虐待防止措置未実施 減算 $\Delta 1/100$ 虐待を防止するための必要な措置が講じられていない場合に基本報酬を減算。	業務継続計画未策定 減算 $\Delta 1/100$ 感染症もしくは災害の業務継続計画が未策定の場合に基本報酬を減算。	事業所が送迎を行わない場合 10割 片道 470円
	【ご利用者様の人権擁護、虐待防止を推進するため必要な措置を講じて参ります】	【感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスの実施または早期再開を図るための業務継続計画を作成します】	1割 片道 47円 2割 片道 94円 3割 片道 141円

※通所介護費の所要時間について

当日のご利用者様の心身の状況（急な体調不良）や降雪等の急な気象状況の悪化等により、実際の通所介護の提供が計画上の所要時間よりやむを得ず短くなった場合には、計画上の単位数を算定しますが、計画上の所要時間より大きく短縮された場合には、計画を変更の上、変更後の所要時間に応じた単位数を算定いたします。

※入浴加算（I）

利用者様の入浴中の観察を含む介助を行う場合について算定いたします。

入浴には、ご利用者様の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴含む）等である場合も算定いたします。

入浴介助に係る職員に対し知識及び技術を習得するための研修を行います。

※入浴加算（II）

入浴加算（I）に加えて、利用者様がご自宅で、ご自身または家族や訪問介護員等の介助によって入浴ができるようになることを目的として、

- ① 医師、作業療法士、福祉用具専門相談員、介護福祉士もしくは介護支援専門員又は利用者様の動作や浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、包括支援センター職員その他住宅改修に関する専門知識や経験を有する医師等が、ご自宅の浴室におけるご利用者様の動作や環境を評価すること。その結果、介助にて入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等と連携して、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行います。医師等の訪問が困難な場合には、医師等の指示のもと、介護職員が居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者様の動作や環境を踏まえて、医師等が評価や助言を行う事も可能です。
- ② 当事業所の機能訓練指導員等が共同して、居宅を訪問した医師等と連携の下でご利用者様の身体の状況やご自宅の浴室環境等を踏まえた入浴計画を作成します。
- ③ 入浴計画に基づき、ご利用者様の居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行います。入浴介助に係る職員に対しては、知識及び技術を習得するための研修を行います。

※中重度ケア体制加算

前年度のご利用者の総数の内、中重度者（要介護3以上）の割合が30%以上であり、中重度（要介護3以上）の方を受け入れる体制を構築している事業所に対して加算されるものです。職員体制としてはサービス時間を通じて、専従の看護職員を1名以上配置し、基準に規定されている看護職員または介護職員の員数に加え常勤換算方法で2名以上配置します。また、個別にプログラムを作成し、ご利用者の社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを実施します。

※個別機能訓練加算Ⅰ（イ）

- 機能訓練指導員1名以上の配置の場合

機能訓練指導員を1名以上配置し、ご利用者様の残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、居宅において可能な限り自立して暮らしていただけるよう支援するものです。

※ 日常生活における生活機能の維持・向上に関する目標を設定し目標達成のために訓練を実施します。また、ケアプランに基づき、機能訓練指導員等が居宅を訪問させて頂いた上で、個別機能訓練計画書を作成します。

その後3ヶ月毎に1回以上ご自宅を訪問させていただいた上で定期的な見直しを行います。

※個別機能訓練加算Ⅱ

- LIFE（厚生労働省に提出）を導入し、個別機能訓練計画書等の情報を提出し、フィードバックを受け、利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成、計画に基づく訓練の実施、評価評価結果を踏まえた計画の見直しや改善の一連のサイクルにより、サービスの質の管理を行うことで算定いたします。

※口腔機能向上加算

ケアプランに基づき、ご利用者毎に口腔機能改善管理指導計画を作成し、歯科衛生士等による口腔清掃の実施・指導、摂食・嚥下機能等に関する訓練等を行い、定期的な見直しを行います。

加算は3ヶ月の期間に限り1月2回を限度とします。ただし、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが認められた場合は、サービスをご利用出来ます。

※サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護職員の総数の内、勤続10年以上の介護福祉士資格を有する者の割合が25%以上の事業所に対し加算されるものです。

※口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 6ヶ月に1回の算定

利用開始時及び利用中6ヶ月毎に、口腔の健康状態、栄養状態の確認を行い、担当する介護支援専門員に情報提供を行います。

情報提供にあたっては、口腔の健康状態が低下している恐れのある方については、その改善に必要な情報を含みます。

低栄養状態の恐れのある方については、低栄養状態の改善に必要な情報を含みます。

※認知症加算

サービス提供時間を通じて、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了した職員を配置します。基準とされる看護職員または介護職員の員数に加え、看護職員または介護職員を常勤換算方法で2名以上配置します。

認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の方の割合が前年度平均**15%**を超えていることが条件となり、認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成します。従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議等を定期的に行います。

※科学的介護推進体制加算

要介護者の自立支援や重度化防止につながることを目的として、数字データなどの客観的なエビデンス（証拠・根拠・裏付け・形跡）によって認められた介護サービスです。

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を LIFE 厚生労働省に提出し、必要に応じて通所介護計画書を見直すなど、サービスの提供に当たって、適切かつ有効な情報を活用している場合に算定されるものです。

※**介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）**とは、介護職員への処遇改善の取り組みとして、介護職員の賃金改善に充てるために創設された加算です。したがって、この加算は介護職員等の賃金改善の目的以外に使われる事はありません。

(2) 介護保険の給付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契約者の負担となります。

食事の提供に要する費用	通常の事業の実施地域を越えた地点から <u>1 km あたり</u> <u>24 円</u>	紙パンツ代		紙おしめ代		フラット代	尿取りパット代
		M-L	L-LL	M	L		
740 円		90 円	100 円	100 円	100 円	30 円	30 円

※ 食事の提供に要する費用には食材費、調理代、おやつ代、光熱水費等が含まれます。

※ 上記の他、レクリエーション・行事等にかかる費用は実費負担となります。

※ キャンセル料は次の通りと致します。ただし利用者の容態の急変など緊急ややむを得ない場合はキャンセル料は不要です。サービス利用日当日のキャンセル：食費分740円

(3) 支払方法

利用料は1ヶ月毎に計算し、毎月15日までに前月分の請求書を送付します。

お支払いは、金融機関口座振替依頼書にて島根県農業協同組合、山陰合同銀行、郵便局のいずれかの金融機関にて契約をしていただきます。利用料は毎月20日に口座振替にてお支払い頂きます。ただし、現金払い、銀行振り込みでのお支払いをご希望の場合はご相談下さい。

7. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0854-49-6555 (午前8時30分から午後5時30分まで)

担当 郷原知則 中林千晴 小林あけみ

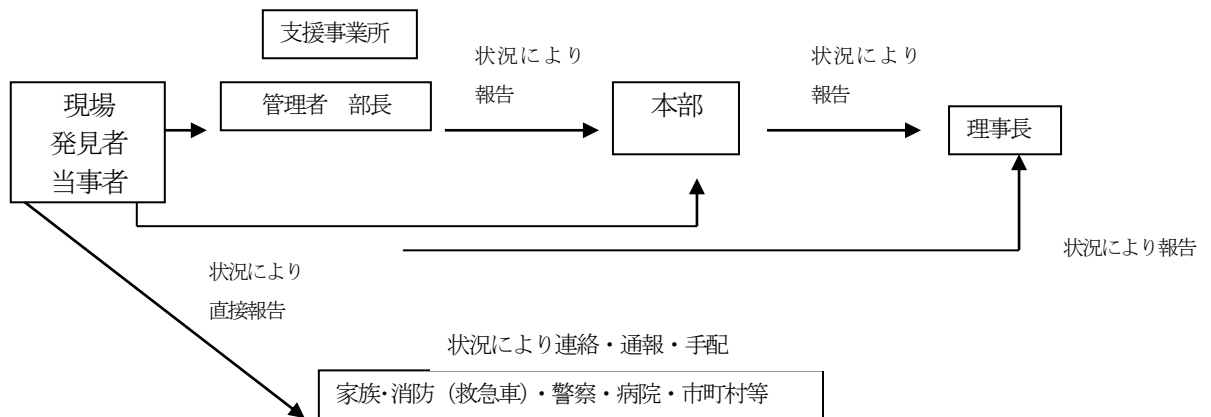
※ご不明な点は、なんでもご相談下さい。

8. 緊急時（事故対応時）の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、家族居宅介護支援事業所等への連絡をいたします。

事業所、提供責任者等の対応として、内容により本部、理事長に連絡し、状況により緊急会議を招集して協議を行い適切な対策を行います。

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者のご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行う等の必要な措置を行い、また賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償等の必要な措置を講じます。



9. 業務継続計画の策定等

(1) 感染症予防及び感染症の発生時の対応について（衛生管理を含む）

- ・事業所は、感染症の発生または食中毒の予防及び蔓延防止のため、必要な措置を講じるとともに、必要に応じて保健所の助言・指導を求め密接な連携に努めます。
- ・感染症対策の指針を整備します。
- ・感染症発生防止のための委員会及び従業員に対する研修・訓練を定期的に行います。

(2) 非常災害対策

災害に関する担当者、防火管理者を置き、火災や非常災害に関する取り組みを行います。

- ・防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要な設備を設けます。
- ・消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業員及びご利用者様、または建物内の職員等や地域住民等の参加が得られるよう努め、消火訓練、避難誘導訓練を計画的に実施します。

事業所は、地震等の自然災害、感染症のまん延等、不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。

10. 秘密保持 個人情報の保護

事業所及び従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者様及びそのご家族様の個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

ご利用者様に係る居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、ご利用者様、ご家族様へ事前の同意を文書により得た上で、ご利用者様またはそのご家族様等の個人情報を用いることができます。また、ご利用者様に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等にご利用者様に関する心身等の情報を提供できるものとします。

11. サービス内容に関する苦情

①当事業所ご利用者相談・苦情担当

窓口対応者	看護師	鳥目 美乃	電話0854-49-6555
苦情処理責任者	管理者	郷原 知則	電話0854-49-6555

②当事業所以外の窓口

当事業所以外に、相談・苦情窓口等に苦情を相談することができます。

- ・ 保険者：雲南広域連合 電話0854-47-7342
- ・ 国民健康保険団体連合会 電話0852-21-2811

③その他

提供したサービスに関するご利用者様からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び助言を行う事業等に協力をするように努めます。

12. 虐待の防止

ご利用者様の人権の擁護、虐待の防止等のため次の措置を講じます。

- (1) 従業者に対する虐待防止に係る研修の実施
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会の設置と定期的な開催
その結果についての従業者への周知
- (4) 虐待防止に関する責任者の設置

虐待防止に関する責任者	管理者 郷原知則
-------------	----------

事業所はサービスの提供に当たり、居宅サービス事業者または養護者（現に養護しているご家族、親族、同居人等）による虐待が疑われるご利用者様を発見した場合には、速やかにこれを市町村に通報します。

- ・重要事項説明書等の一部内容変更については、その都度「同意書」にて担当者より内容説明を行います。

サービス提供にあたり、介護サービス利用申込者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人 かも福祉会

事業所 加茂デイサービスセンター ⑩

説明者 _____ ⑩

私は、契約書および本書面により、事業者から重要事項の説明を受けました。

介護サービス利用申込者

<住 所> _____

<氏 名> _____ ⑩

