

愛泉園デイサービスセンター通所介護事業所 重要事項説明書

この重要事項説明書は法令に基づき利用者または家族のサービス選択に資する事項の説明を目的とするものです。

事業所の概要や提供いたしますサービスの内容、御利用の際に御留意いただきたい点に関しましては以下に記載する通りとなります。

(事業所の目的)

社会福祉法人正栄会(以下、事業者)が運営する、愛泉園デイサービスセンター通所介護事業所(以下、事業所)は、契約に基づき利用者に対しての通所介護事業(以下、通所介護)及び予防型通所介護サービスならびにミニデイ型通所介護サービス(以下、総称して「第1号通所事業」)における介護サービスの各事業を提供いたします。

利用者の事業対象者および要支援または要介護状態における軽減もしくは悪化の防止または要介護状態となることへの予防としての目標を設定し、計画的なサービスを提供いたします。

(事業者)

- ・ 法人名 社会福祉法人 正栄会
- ・ 所在地 鹿児島県鹿児島市川田町1090番地
- ・ 代表者 理事長 上片平 栄昭
- ・ 設立年月 昭和55年8月21日
- ・ 連絡先 099-298-8153

(事業所)

- ・ 事業所の名称 愛泉園デイサービスセンター通所介護事業所
介護保険事業所番号 鹿児島県指定 第4673200038号
- ・ 施設種類及び指定年月(最新)
指定通所介護事業所 (令和2年4月1日)
指定介護予防・日常生活支援総合事業通所サービス事業所
予防型通所介護 (平成30年4月1日)
ミニデイ型通所介護 (平成29年4月1日)
- ・ 所在地 鹿児島県鹿児島市東俣町127-1
- ・ 管理者 馬込 健一
- ・ 開設年月 平成7年4月12日
- ・ 連絡先 099-298-8331

(運営方針)

各事業では、介護保険法に基づく要介護状態区分等において事業対象者又は要支援ならびに要介護の高齢者に対し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要とされる日常生活上や機能訓練等への支援・相談業務等を行う事で、利用者の社会性を含めた心身機能等の維持・向上と、利用者の援助を行う家族への身体的・精神的等の負担軽減を図る事とします。

(通常の事業の実施地域)

鹿児島市(主として、郡山・松元・吉田・吉野・西伊敷・伊敷台の地区)及び日置市伊集院町
※概ね事業所より20km付近とします。

(営業日)

月曜日から土曜日まで(祝日を含む)とします。

※但し12月31日から翌年1月3日の他、契約書に基づき天候・天災等における実施困難な日等を含め、利用者数が明らかに減少し、運営上支障となることが想定されると事業者が判断された日は除きます。

(営業及びサービス提供の時間)

営業時間は、営業日における「8:30～17:30」となります。

※ 電話連絡等は営業時間外等においては事業所外に転送される場合があります。

サービス提供時間においては、原則として「9:15～16:15」または「9:15～12:30」ならびに「13:30～16:15」となりますが、ケアプラン等に基づいたサービス提供時間、且つ個々の契約により決定いたします。

(利用定員数)

利用定員は通所介護・第1号通所事業合わせて50名/日です。

(職員の配置)

通所介護サービスを提供する職員として、

○ 管理者 ○ 生活相談員 ○ 介護職員 ○ 看護職員 ○ 機能訓練指導員
を法令・指定基準等に基づいた職員数にて配置しております。

その他、事務員等の運營業務上に必要な職員を配置しております。

(通所介護事業の主な内容)

○ 食事の提供 ○ 入浴(部分浴やシャワー浴含) ○ 健康チェック ○ 送迎
○ 日常生活動作又は生活機能等の維持向上の為の機能訓練
※「食事の提供」はサービス提供時間及び個々の契約に基づきます。

(利用料)

介護報酬または保険者による告示にて、利用者の介護保険証に記載された介護状態区分等とサービス提供内容に応じた利用料金となります。ただし、実際の自己負担額は基本的に介護保険負担割合証に基づいた自己負担額となり、また関連法令により給付制限等にて変更となる場合がありますが、その際には法令に準じたものとします。

自己負担分に関しましては、提供月毎に単位等集計を行い各法令等の有無に基づいて請求させていただきますので、内容は明細書にてご確認ください。

◎ 指定通所介護事業 通常規模型 (所要時間) 7時間以上 8時間未満

要介護状態区分等	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス提供単位	655	773	896	1018	1142
サービスに係る 自己負担額 (1割の例)	655 円	773 円	896 円	1018 円	1142 円

※ 送迎は基本単位に含まれております。 ※ 利用料は1日あたりとなります。

※ 告示改正に基づく「令和3年9月まで」の0.1%上乗せ分についても適用いたします。

上記のサービス提供に加算される単位(届出分) ※算定基準に基づいて実施。

- 入浴介助加算 (I) 40単位 / 日
※入浴(部分浴やシャワー浴含)提供時に加算いたします。
- 科学的介護推進体制加算 40単位 / 月
※厚生労働省「科学的介護情報システム(通称 LIFE)」への情報登録を定期的に行い、フィードバックなどでサービスの質の向上へと活用します。
- 認知症加算 60単位 / 日
※専門的な研修を修了した者を利用日に配置し、算定基準に該当する方に対して加算いたします。
- ADL 維持等加算 I 30単位 / 月
※自立支援・重度化防止の観点より、一定期間内に ADL の維持又は向上の算定基準を満たした場合に適用いたします。
- ADL 維持等加算 II 60単位 / 月
※上記(I)を継続して報告し、算定基準数を満たした場合に適用いたします。
- サービス体制強化加算 (III) 6単位 / 日
※利用者に直接提供する職員の勤続年数7年以上が3割以上である為。
- 送迎減算 △47単位 / 片道
※事業者による送迎を行わなかった場合に適用いたします。

◎ 指定介護予防・日常生活支援総合事業

要介護状態区分等	要支援 1 事業対象者		要支援 2 事業対象者	
利用回数/週	1回程度		2回程度	
通所介護サービス 類別	予防型	ミニデイ型	予防型	ミニデイ型
サービス提供単位	1672	1315	3428	2630
サービスに係る 自己負担額 (1割の例)	1,672 円	1,315 円	3,428 円	2,630 円

※ ミニデイ型においてはサービス提供に加算される単位はありません。

※ 告示改正に基づく「令和3年9月まで」の0.1%上乗せ分についても適用いたします。

上記のサービス提供に加算される単位予定分

- 運動器機能向上加算 225単位/月
※運動機能等向上を支援し生活動作を営むことができるよう訓練、評価など行います。
- 科学的介護推進体制加算 40単位 / 月
※厚生労働省「科学的介護情報システム(通称 LIFE)」への情報登録を定期的に行い、フィードバックなどでサービスの質の向上へと活用します。
- サービス体制強化加算 (Ⅲ)
事業対象者・要支援1=24単位/月 ・ 要支援2=48単位/月
※利用者に直接提供する職員の勤続年数7年以上が3割以上である為。
- 事業所評価加算 120単位/月
※算出式にて厚生労働省が定める基準に適合している場合、算定いたします。

◎ 指定通所介護事業及び指定介護予防・日常生活支援総合事業共通

- 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 5.9%
※介護職員の賃金改善等を実施の為、法令に基づき所定単位数に加算いたします。
- 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) 1.0%
※人材確保等の為、サービス体制強化加算等の算定状況に応じて所定単位数に加算いたします。

利用料について、確定申告などでの医療費控除などを予定されている場合には、事前にご連絡ください。また、控除額は領収書への記載項目にて確認をいただくものとします。

(介護保険の給付対象とならないサービス等)

以下のサービスは、利用料の全額が御利用者の負担となり、費用に関しては請求明細において区分し明記いたします。

項目	内容	利用料
食費	提供いたします食事等に要する材料にかかる費用です。	御利用1回当たり ： 550 円
材料費等	レクレーション及び製作活動等にてご使用いただきます材料費等全般に充当いたします。 ※契約書に基づきます。	御利用1回当たり ： 50 円
日常生活上必要となる諸費用	通常必要となる日常生活品の購入等、日常生活に要する費用においては、ご利用者にご負担いただきます。	実費相当分負担 (例)おむつ代 1枚当たり:150 円
事業の実施範囲外への送迎に対する費用	実施範囲外への送迎を実施した際のご負担費用です。	超過1kmにつき 30 円

(利用中止時のキャンセル料について)

原則、前日以前または当日共にキャンセル料は徴収しておりません。ただし例外として、ご利用予定日に申し出がなく体調不良等の正当な理由もないまま中止とされ、運営または業務体制に支障をきたした場合にはキャンセル料(1日分の自費負担相当額)を徴収させていただきます。

(秘密保持・個人情報の取り扱い)

当事業所の従事者(雇用契約上、従事者ではなくなった場合も含む)は正当な理由がなく、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する個人情報について秘密を保持いたします。これらは、事業者と従事者等に交わす雇用契約の内容にも明記いたしております。

ただし、適正公平なサービス提供上又は事業者運營業務上において必要とされる内容等につきましても、事業者・事業所内または必要とされる関係機関等に開示・照会等させていただく場合がありますのでご了承ください。

サービス提供記録等に関しましては、原則として本人様及びご家族の求め又はご了承のもとに開示いたします。

(緊急時における対応)

事業所が実施する各事業の提供時において利用者の体調および状態等の急変等が発生した場合には、速やかにご家族様ならびに主治医を含めた関係機関との連携・連絡を図り対応いたします。

原則として、提供時間中の体調変化等に伴う送迎は実施しておりませんが、緊急を要すると判断された場合はこれに限りません。

(非常災害対策)

通所介護従事者等は事業所が実施する各事業の提供時において、予期せぬ災害等が発生した場合には利用者の安全を確保し、避難計画等に基づいて避難・誘導等を行います。

避難先については、災害等の状況により当該事業所から避難所または福祉避難所等に家族または関係機関に連絡なく避難誘導する場合がありますのでご了承ください。

また、行政機関等の指示がある場合はそれに準じることがあります。

(賠償責任)

サービス提供責務下で当事業所において、事業所の責任にて賠償すべき事故が発生した場合、事業所の責任の及ぶ範囲においては速やかにその損害を賠償いたします。

その為に当事業所は損害保険に加入しており、状況把握・確認等の為に保険会社等へ個人情報等の開示等を行う場合がありますのでご了承ください。

(施設利用時の留意事項)

(1) 持ち込みの制限及び免責事項

- ・ 危険物・生き物等は持ち込みをご遠慮いただきます。
- ・ 金銭を含めた貴重品等に関しては全個が自己管理となり、紛失・破損等に対して事業所側は免責事項とさせていただきます。やむを得ず持ち込まれる際には、トラブル防止の為にご利用前に職員へお申し出ください。必要に応じた管理をさせていただきますが、場合によっては預かり書等の書面をいただく場合もあります。
- ・ 事業所外より許可無く持ち込まれたお菓子等の食物に起因する事故等に関して事業所側の免責事項とさせていただきます。

(2) 器物破損

- ・ 施設の設定等を故意または意図せずに関わらず破損等された場合には、原状回復の為に自己負担をお願いさせていただく場合があります。

(3) 禁止事項

- ・ サービス提供時において、宗教・政治・営利等の活動等含めた迷惑と判断される行為は禁止とさせていただきます。
- ・ フロア内は禁煙となっておりますので、喫煙の際は所定の場所にてお願いいたします。
- ・ ペースメーカー等使用されている方への安全配慮の為に、原則として携帯電話やスマートフォン等の電波を伴う電子機器のご使用については所定の場所にてお願いいたします。

(4) その他

- ・ サービス提供前に発熱等や感染症等の症状が見られた場合には、ご利用をご遠慮させていただきます。
- ・ サービス提供時において、施設内の器具等含めた危険を伴うものについては職員の指示に従っていただきます。
- ・ 送迎時に関して、ご自宅外でお待ちいただいた場合に事故等が発生した場合の責務は負いません。

(虐待防止について)

利用者の心身状態が高齢者虐待防止法の定義や行為等に該当すると判断された場合には、未然防止や早期発見、発見時の適切な対応及び、利用者の尊厳や権利の保持を目的とし、要介護施設である事業所の責務や通報義務を遵守するために関係機関と連携を図らせていただきます。

また、これらの適切な対応を行うため職員の知識習得等のため研修機会を設けます。

(苦情及び相談等の受付)

当事業所における苦情や、制度や虐待防止など含めた各種ご相談は以下の専門窓口で受け付けております。

苦情及び相談等をお受けした場合には、事業者・事業所において必要に応じた関係機関等との連携を図りながら解決や対応等を図ってまいります。

受付窓口	職務及び担当者	連絡先
事業所	生活相談員 鶴留 靖久	099-298-8331
事業者	所長 上片平 眞美子 副所長(管理者) 馬込 健一	099-298-8332
第三者委員会	松本 博子 山口 城子	099-298-8153
行政機関やその他	鹿児島市役所 健康福祉局 すこやか長寿部 介護保険課	099-216-1280
	鹿児島県社会福祉協議会 事務局 長寿社会推進部 福祉サービス運営適正化委員会	099-286-2200
	鹿児島県 国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談室	099-213-5122

事業所におけるサービス提供の開始に伴い、本書面に基づいた重要事項の説明をおこないました。

愛泉園デイサービスセンター通所介護事業所

職名 _____ 説明者 _____ (印)

私は、本書面に基づいた事業所からの重要事項説明を受け、事業所におけるサービス提供の開始に同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者又は代理人(利用者の続柄: _____) _____ (印)

利用者又は代理人住所 _____

※同意が代理人の場合は利用者名をご記入ください。(_____)

利用者家族代表名 _____ (印)

利用者家族代表住所 _____

- 省令改正に基づき、本人確認書類(運転免許証・マイナンバーカード等)を提示することで押印を省略し、確認書類の番号等の記載・保管等に関して同意します。

令和3年4月改正