

重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

利用者： _____ 様

事業者： 有限会社幸良 _____

事業所： デイサービスセンター幸良 _____

地域密着型通所介護重要事項説明書

様（以下、「利用者」といいます）が利用しようと考えている地域密着型通所介護について、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明致します。

1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

事業所名：デイサービスセンター幸良 TEL：092-894-6789

担当 藤田真里 重要事項説明者

★各市区町村でも受け付けております。

西区役所 介護保険課：福岡市西区内浜1-4-1（TEL：092-881-2131）

早良区役所介護保険課：福岡市早良区百道2-1-1（TEL：092-833-4356）

城南区役所介護保険課：福岡市城南区鳥飼6-1-1（TEL：092-833-4105）

その他保険者（ TEL： ）

★公的機関においても苦情の申し立てなどができます。

福岡県国民健康保険団体連合会 福岡市博多区吉塚本町13-47

（TEL：092-642-7813）

2 デイサービスセンター幸良の概要

（1）事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイサービスセンター幸良
所在地	福岡県福岡市西区姪浜4丁目4-3
介護保険指定番号	地域密着型通所介護事業（事業所番号 4071201919）
サービス提供地域	西区、早良区、城南区

（2）営業時間

月～土（午前の部）	9：00～12：30
月～金（午後の部）	13：30～17：00

（3）職員体制

	資格	計
管理者	社会福祉士	常勤1名
生活相談員	社会福祉士、社会福祉主事	1名以上
看護師	看護師・准看護師	1名以上
介護職員	介護福祉士等	1名以上
機能訓練指導員	理学療法士・作業療法士・柔道整復師・看護師	1名以上

3 サービス内容

地域密着型通所介護計画に沿って、送迎、機能訓練、入浴介助、おやつ提供、その他必要な介護等を行います。

4 利用料金

(1) 利用料

介護保険適用	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	435円/回	870円/回	1,305円/回
要介護2	500円/回	1,000円/回	1,500円/回
要介護3	564円/回	1,128円/回	1,692円/回
要介護4	627円/回	1,254円/回	1,881円/回
要介護5	693円/回	1,386円/回	2,079円/回
個別機能訓練加算Ⅰイ (注1)	59円/回	118円/回	177円/回
個別機能訓練加算Ⅰロ (注2)	79円/回	158円/回	237円/回
個別機能訓練加算Ⅱ (注3)	21円/月	42円/月	63円/月
口腔機能向上加算Ⅱ (注4)	234円/月	468円/月	702円/月
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ (注5)	21円/6ヵ月	42円/6ヵ月	63円/6ヵ月
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ (注6)	5円/6ヵ月	10円/6ヵ月	15円/6ヵ月
入浴介助加算Ⅱ (注7)	58円/回	116円/回	174円/回
科学的介護推進体制加算 (注8)	42円/月	84円/月	126円/月
ADL維持等加算Ⅰ (注9)	31円/月	62円/月	93円/月
送迎を行わない場合 (注10)	-49円/片道	-98円/片道	-147円/片道
介護職員等処遇改善加算Ⅱ (注11)	1割負担分に9%を乗じた料金	2割負担分に9%を乗じた料金	3割負担分に9%を乗じた料金

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

※利用料の負担割合は「介護保険負担割合証」にてご確認ください。

(注1) 個別機能訓練加算Ⅰイ

- ・専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあんま指圧マッサージ師を1名以上配置
- ・身体機能および生活機能の向上を目的とし、5人程度以下の小集団または個別で訓練を実施
- ・3ヵ月に1回以上進捗状況評価。利用者の居宅を訪問し、居宅での生活状況を確認するとともに利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じ計画見直しを行う

(注2) 個別機能訓練加算Ⅰロ

個別機能訓練加算Ⅰイの配置に加え、合計で2名以上の機能訓練指導員を配置している時間帯において算定可能

(注3) 個別機能訓練加算Ⅱ

個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受ける

(注4) 口腔機能向上訓練加算Ⅱ

- ・言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名以上配置
- ・口腔機能訓練向上加算を算定できる利用者は算定要件に該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められ、訓練に同意が得られた者
- ・利用者ごとの口腔機能計画書を作成し、口腔機能サービスを提供するとともに、口腔機能を定期的に記録。計画書等の内容を厚生労働省に提出

(注5) 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ

口腔機能向上訓練加算と栄養改善加算どちらも算定していない場合で、利用開始時及び利用中6ヵ月毎に利用者の口腔の健康状態について確認を行い、その改善に必要な情報を当該利用者の担当する介護支援専門員に提供

(注6) 口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ

口腔機能向上訓練加算または栄養改善加算どちらかを算定している場合で、利用開始時及び利用中6カ月毎に利用者の口腔の健康状態について確認を行い、その改善に必要な情報を当該利用者の担当する介護支援専門員に提供

(注7) 入浴介助加算Ⅱ

- ・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行っている
- ・居宅を訪問し、浴室における利用者の動作および浴室環境を評価。居宅の浴室が利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、ケアマネジャーや福祉用具専門相談員と連携し、浴室環境整備の助言を行う
- ・利用者の身体状況や訪問により把握した居宅の浴室環境等を踏まえた入浴計画を作成、計画に基づき固浴その他利用者の居宅状況に近い環境で入浴介助を行う

(注8) 科学的介護推進体制加算

科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進が目的

(注9) ADL 維持等加算

利用者の自立支援・重度化防止に繋がるサービスの提供を事業所へ促すインセンティブとして、評価期間の中でADLの維持または改善の度合いが一定の水準を超えている事業所を評価し、次年度の介護報酬に上乗せ加算するというアウトカム評価加算。利得率1以上⇒Ⅰ、3以上⇒Ⅱ

(注10) 送迎を行わない場合

利用者に対し、その居宅と地域密着型通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算する

(注11)

介護職員等処遇改善加算Ⅱ

厚生労働省が定める基準に適合している介護職員の処遇改善を実施している事業所が、利用者に対し指定地域密着型通所介護を行なった場合に算定

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

飲食代	(注9)	150円(1日)
パッド代		100円(1枚)
リハビリパンツ代、松ツ代		200円(1枚)
マスク代		30円(1枚)

(注9) お休みの場合、ご利用前日の16:30までにご連絡がない場合は、お休みであっても飲食代は請求対象となります。

(2) 交通費

通常事業の実施地域以外の地域に係る送迎の追加費用。

事業所から片道10km以下の時は無料。事業所から片道10kmを超える時300円(往復)。

(3) キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先：デイサービスセンター幸良 TEL092-894-6789)

① ご利用日の前営業日の16時30分までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日の16時30分までにご連絡がなかった場合	500円(1回)

(4) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月20日までに当月分の料金を請求いたしますので、翌月末日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。地域密着型通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客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週間前までに文書でお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ お客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お客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ 福岡市外へ転居した場合
- ・ お客様が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当社が正当な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、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者・他の利用者に対して本契約を継続し難いほどの暴力・暴言・ハラスメント等によって信頼関係の維持・サービス提供が困難となった場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます。
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 長期入院やお休みの場合は、再利用スタート時に利用曜日や回数を調整させて頂く場合があります。
- ・ ご利用中止となった場合、お預かりしている上履き等は中止後1ヵ月以内にお引き取りをお願い致します。1ヵ月を超えた場合、こちらで処分させて頂きます。
- ・ 訪問時にお茶やお菓子等を頂くことや、お礼の品、金品などのお心付けはお断りしています。
- ・ 状況により、ペットをケージや他の部屋への移動をお願いする場合があります。万が一、職員が傷つけられた場合は、治療費等をご相談させて頂く場合があります。

6 居宅介護支援事業者等との連携

- ・ 地域密着型通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者および保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ・ サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「地域密着型通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付致します。

7 地域との連携について

- ・運営に当たっては、地域との連携を確保し地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として「運営推進会議」を設置致します。
- ・「運営推進会議」の構成員は、地域住民の代表者、地域包括支援センターまたは市町村職員等、地域密着型通所介護において知見を有するものとし、概ね6か月に1回以上会議を開催致します。

8 第三者評価について

実施状況	なし
実施年月日	なし
実施評価期間名称	なし
当該結果の開示状況	なし

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名（続柄）	（ ）
	連絡先	

9 虐待の対応方法

事業者は、利用者等の人権擁護・虐待防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。虐待防止に関する責任者は管理者です。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (4) サービス提供中に、当該事業所従業員または養護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）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。

10 緊急やむを得ない場合の身体拘束の手続き

- (1) 事業者は、サービス提供に当たって利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため、やむを得ない場合を除き身体拘束を行いません。
- (2) 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、事前にその事由を利用者および利用者代理人に説明致します。
- (3) やむを得ない事情により事前に説明を行わなかった場合は、身体拘束等を行ったあと速やかに当該利用者または利用者代理人に、身体拘束等の態様等を説明します。
- (4) 事業所は、緊急やむを得ず行う身体拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催し、身体拘束廃止に取り組みます。
- (5) 身体拘束の適正化のための従業員に対する研修を定期的に行います。

11 ハラスメントの防止対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える行為は組織として許容しません。以下に記す具体例は、ハラスメントと捉えられることがあります。下記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者様およびその家族等が対象となります。

- ① 暴力または乱暴な言動、無理な要求
 - ・叩く、蹴る、手をひっかく、突き飛ばす、物を投げつける
 - ・刃物を向ける、服を引きちぎる
 - ・杖を振り上げる
 - ・手を払いのける
 - ・怒鳴る、威圧的な態度で文句を言い続ける
 - ・対象範囲外のサービス強要 など
- ② セクシュアルハラスメント
 - ・介護従事者の体を触る、手を握る
 - ・腕を引っ張り抱きしめる
 - ・ヌード写真を見せる
 - ・性的な話や卑猥な言動をする
 - ・隠し撮りをする など
- ③ その他
 - ・ストーカー行為
 - ・在りもしないことに対する SNS の書き込み など
- (2) ハラスメント事案が発生した場合は、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しないための再発防止対策を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。
- (4) ハラスメントと判断された場合には、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

12 業務継続計画の策定

- (1) 感染症予防及び感染症の発生時の対応（衛生管理を含む）
 - ・事業所は、施設における感染症の発生または食中毒の予防およびまん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、常に密接な連携に努めます。
 - ・事業所は、感染対策の指針を整備します。
 - ・事業所は感染症発生防止のための委員会及び従業者に対する研修、発生時の訓練を定期的に行います。
 - ・以上のほか、別に厚生労働大臣が定める感染症または食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。
 - ・利用者本人および同居家族に、他の利用者の健康に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、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。
- (2) 業務継続計画について
 - ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する地域密着型通所介護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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
 - ・従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的に行います。
 - ・定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じ業務継続計画の変更を行います。

社名 有限会社 幸良
資本金 500万円
社員数 11名（非常勤社員含む）
設立 平成元年9月
所在地 福岡県福岡市西区福重2丁目3-14
代表者 代表取締役 藤田真里

【事業内容】

居宅介護支援事業／地域密着型通所介護事業／介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業

【事業者】 福岡県福岡市西区福重2丁目3-14

有限会社 幸良

代表取締役 藤田真里 印

【事業所】 福岡県福岡市西区姪浜4丁目4-3

デイサービスセンター幸良（指定番号 4071201919 ）

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

署名代行事由：

署名代行者氏名 _____ 印