

第1号通所事業（介護予防デイサービス）重要事項説明書

社会福祉法人 備前市社会福祉協議会

備前市デイサービスセンターしらうめ荘

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(岡山県指定 第 3372300362 号)

当事業所はご契約者に対して第1号通所事業（以下「介護予防デイサービス」という。）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通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 備前市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 岡山県備前市東片上126番地（備前市役所2階）
- (3) 電話番号 0869-64-3033
- (4) 代表者氏名 会長 竹内 史章
- (5) 設立年月 平成17年9月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 第1号通所事業（介護予防デイサービス）
- (2) 事業所の目的 要支援状態等にある利用者が、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、他利用者、地域住民等と相互支援の関係を築くとともに、利用者の有する能力が活かされる場を設け、必要な日常生活上の支援を行うことを目的とします。
- (3) 事業所の名称 備前市デイサービスセンターしらうめ荘
- (4) 事業所の所在地 岡山県備前市吉永町岩崎433-1
- (5) 電話番号 0869-84-3007
緊急連絡先 備前市社会福祉協議会 吉永支所
岡山県備前市吉永町三股19
0869-84-3839
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 飛田 和義
- (7) 当事業所の運営方針 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、備前市が定める基準及びその他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村、地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら利用者の地域活動への参加促進及び生活機能の維持または向上を目指したサービスの提供に努めます

(8) 開設年月 平成12年4月1日

(9) 利用定員 30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 備前市 及び 備前市周辺 (要相談)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土 (日曜・祝祭日及び12月29日～1月3日は休み)	
受付時間	月～土	8時30分～17時15分
サービス提供時間	月～土	9時50分～15時30分
	月～土	9時30分～16時40分

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して介護予防デイ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。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人員 (1日あたり)	常勤	非常勤
1. 事業所長 (管理者)	1名	1名	0名
2. 介護職員	4名	3名 (兼務)	5名
3. 生活相談員	1名	4名 (兼務)	0名
4. 看護職員	1名	0名	2名 (兼務)
5. 機能訓練指導員	1名	0名	2名 (兼務)
6. 栄養士	1名	0名	1名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	9:30～16:40 ☆原則として職員1名あたり利用者4名のお世話をします。
2. 看護職員	9:30～16:40 ☆原則として1名の看護職員が勤務します。
3. 生活相談員	9:30～16:40 ☆原則として1名の生活相談員がお世話をします。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

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。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の負担割合に応じて介護保険から給付されます。

☆共通的服务

①食事の介助（但し、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 12：00～13：00

②排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。

③送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

④機能訓練

- ・ご利用の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、または、その減退を防止するための訓練を実施します。

<サービス利用料金（1回あたり）>

下記の料金表によって、利用者の要介護度等に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度とご利用時間に応じて異なります。）

☆共通的服务

要介護度	事業対象者	要支援 1	要支援 2
週 1 回 1 回あたり	4,360 円	4,360 円	
週 1 回 提供回数が月 4 回超	17,980 円	17,980 円	
週 2 回 1 回あたり		/	4,470 円
週 1 回 提供回数が月 8 回超		/	36,210 円

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっております。ご利用の際には、加算額の負担割合に応じて追加料金としてご負担いただきます。

	加 算・減 算	加算額	内 容 ・ 回 数 等
要介護度による区分なし	生活機能向上グループ活動加算	1000 円/月 自己負担額(円)	利用者の生活機能の向上を目的として、複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合
	若年性認知症利用者受入加算	2400 円/月 自己負担額(円)	若年性認知症利用者に対して指定認知症対応型通所介護を行う場合
	栄養アセスメント加算	500 円/月 自己負担額(円)	利用者ごとに管理栄養士・介護職員・看護職員・生活相談員等が共同して、アセスメントを実施し、利用者又は家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じて対応する場合
	栄養改善加算	2000 円/月 自己負担額(円)	管理栄養士等が共同して利用者ごとの摂取・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを行った場合（3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定）
	口腔機能向上加算（Ⅰ）	1500 円/月 自己負担額(円)	口腔機能が低下している又はその恐れのある利用者に対し、サービス担当者が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画に基づく適切な口腔機能向上サービスの提供、定期的な評価、計画の見直し等の一連のプロセスを行う場合
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	1600 円/月 自己負担額(円)	（Ⅰ）の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合
	一体的サービス提供加算	4800 円/月 自己負担額(円)	運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能改善のサービスを提供する場合

	生活機能向上連携加算Ⅰ	1000 円/月 自己負担額(円)	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数 200 床未満のもと又は当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること、理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又は ICT を活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行った場合
	生活機能向上連携加算Ⅱ	2000 円/月 自己負担額(円)	訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語療法士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数 200 床未満のもと又は当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る）の理学療法士・作業療法士・言語療法士・医師が訪問して行う場合
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	200 円/日 自己負担額(円)	管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係わる情報を文章で共有した場合 （Ⅰ）利用中 6 カ月おきに口腔の状態及び栄養状態について確認を行い、介護支援専門員に提供している事。
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	50 円/日 自己負担額(円)	（Ⅱ）口腔の状態と栄養状態をいずれかの確認を行い、介護支援専門員に提供している事。
	科学的介護推進体制加算	400 円/月 自己負担額(円)	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状態、その他の心身の状況等の係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合。
	送迎減算	-470 円/片道につき 自己負担額(円)	ご家族等が送迎した場合

業務継続計画未実施減算	所定単位数 の100分の3 に相当する 単位数を減 算	感染症や災害の発生時に継続的にサ ービス提供できる体制を構築するた め、業務継続計画が未策定の場合
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数 の100分の1 に相当する 単位数を減 算	虐待の発生又はその再発を防止する ための措置（虐待の発生又はその再発 を防止するための委員会の開催、指針 の整備、研修の実施、担当者を定める こと）が講じられていない場合
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	事業対象者 要支援1 880円/1回 自己負担（円） 要支援2 1760円/1回 自己負担（円）	（Ⅰ）介護職員の総数のうち、介護福祉 士の占める割合が70%以上。又は、勤 続10年以上介護福祉士25%以上。
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	事業対象者 要支援1 720円/1回 自己負担（円） 要支援2 1440円/1回 自己負担（円）	（Ⅱ）介護職員の総数のうち、介護福祉 士の占める割合が50%以上。
サービス提供体制加算（Ⅲ）	事業対象者 要支援1 240円/1回 自己負担（円） 要支援2 480円/1回 自己負担（円）	（Ⅲ）介護職員の総数のうち、介護福祉 士の占める割合が40%以上。又は、勤 続7年以上介護福祉士30%以上。
介護職員処遇 改善加算（Ⅰ）	介護報酬総額 × 9.2%	介護職員の処遇改善・資質向上のための 加算となります。
介護職員処遇 改善加算（Ⅱ）	介護報酬総額 × 9.0%	介護職員の処遇改善・資質向上のための 加算となります。
介護職員処遇 改善加算（Ⅲ）	介護報酬総額 × 8.0%	介護職員の処遇改善・資質向上のための 加算となります。
介護職員処遇 改善加算（Ⅳ）	介護報酬総額 × 6.4%	介護職員の処遇改善・資質向上のための 加算となります。

※加算額の算出方法は、介護報酬総額×それぞれのサービス別加算率となります。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。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、介護予防サービス計画書が作成されていない場合も償還払いとなります。

償還払いとなる場合、ご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。

☆ご利用者に提供する食事に係わる費用は別途いただきます。

(下記(2)①参照)

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(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ご負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり **700円**

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションクラブ活動に参加して頂くことができます。

利用料金：材料代等の実費をご負担いただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。また、介護計画書等の交付については無料となります。

その他の複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

・1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等で、ご契約者の日常生活に要する費用のご負担をいただくことが適当であるものについては、費用をご負担いただきます。

ア) おむつ代： 実費

イ) その他、通常必要となるものにかかる費用で利用者が適当と認められる費用を実費

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月

27日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

- | |
|---|
| <p>① 金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関
全ての金融機関(ゆうちょ銀行・信用金庫・銀行・農協等)</p> <p>② 請求書に記載の金額を直接お持ちいただく</p> |
|---|

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、介護予防デイ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。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

但し、ご利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	(自己負担相当額)

○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契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び備前市等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。当該事故の状況および事故に際して採った処置について記録し、また、利用者に対する提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

7. 緊急時における対応について

利用者へのサービス提供中に容体の変化等があったとき、及び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の連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	所属医療機関	
	氏名	
	所在地	
	電話	
緊急連絡先 1	氏名	
	住所	
	電話	
緊急連絡先 2	氏名	
	住所	
	電話	

8. 秘密保持

従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持することを厳守します。また、従業者が退職した後も、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

9. 苦情の受付に関して

(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専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 管理者 飛田 和義

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

8 : 30 ~ 17 : 15

(2) 行政機関その他苦情受付機関

備前市民生委員児童委員協議会	大村 恭子 (第三者委員)	電話	(0869) 64-3033
		時間	8:30~17:00
備前市社会福祉事業団	松本 好章 (第三者委員)	電話	(0869) 64-1335
		時間	9:00~17:00
ひだすき作業所 (小規模通所授産施設)	西岡 靖晃 (第三者委員)	電話	(0869) 63-0751
		時間	8:30~17:30
備前市役所	保健福祉部 介護保険課 介護保険係	電話	(0869) 64-1828
		時間	8:30~17:15
岡山県国民健康保険 団体連合会	介護・障害者総合支援 (介護サービス苦情処理)	電話	(086) 223-8811
		時間	8:30~17:15
岡山県社会福祉協議会	岡山県運営適正化委員会	電話	(086) 226-9400
		時間	8:30~17:15

10. サービス提供のアンケートに関して

(1) サービス提供のアンケート

現在サービスを利用されている方々に年1回程度アンケートにてご意見・ご要望をお聞かせいただき、さらなるサービスの向上に努めてまいります。

11. 虐待の防止、ハラスメント行為について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。また、ハラスメント行為についても同様に対応します。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (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) 従業員からのハラスメント防止に努め、必要な研修等を実施しています。
- (5) 従業員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いいたします。

12. 感染症の予防及びまん延の防止について

事業者は、感染症の予防及びまん延の防止のために必要な措置を講じます。平常時での感染予防対策の実施、感染症発生時の医療機関や保健所、事業所関係課等との連携、行政等への報告等も実施いたします。ご本人及びご家族等の方で、熱発や風症状などの感染症の疑いがあらわれる場合は、事業所にご報告いただきますようご協力をお願いいたします。

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、第1号通所サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

【利用者】 _____ 印
(代筆)

【代理人】 _____ 印

【家族】 _____ 印