

「指定地域密着型通所介護」「第1号通所事業」重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 益田市社会福祉協議会
法人所在地	島根県益田市須子町3番地1号
代表者氏名	会長 末成弘明
設立年月日	昭和41年6月6日（法人化）
電話番号	0856 - 22 - 7256

2. 事業所の概要

利用事業所の名称	益田市立美都デイサービスセンター
サービスの種類	指定地域密着型通所介護 第1号通所事業
事業所の所在地	〒698-0203 島根県益田市美都町都茂1195番地
電話番号	0856 - 52 - 2870
利用定員	18名
通常の事業の実施地域	益田市 美都町

3. 事業の目的と経営方針

<事業の目的>

要介護状態にある利用者、要支援状態にある利用者及び事業対象者がその有する能力に応じ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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、指定地域密着型通所介護、第1号通所事業を提供いたします。

<運営方針>

当事業所の従業者は、要介護者または要支援者認定者や要支援状態にある方及び事業対象者等の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、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、さらに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家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練などの介護その他必要な支援を行います。

事業の実施にあたって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てサービスの提供に努めます。さらに、地域との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括支援センター、指定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。

4. 提供するサービスの内容

指定地域密着型通所介護・第1号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービス）に通っていただき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 事業実施地域及び営業日・時間

営業及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
休業日	日曜日・年末年始12月30日～1月3日
サービス提供時間	午前9時10分～午後4時30分

6. 事業所の職員体制

当時業者では、ご利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスおよび第1号通所事業サービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

職員の種類	勤務体制
管理者	1名
生活相談員	1名以上 生活相談員又は介護職員のうち1名以上は常勤
介護職員	2名以上（常勤換算1.6名以上） 生活相談員又は介護職員のうち1名以上は常勤
看護職員	1名以上
機能訓練指導員	1名以上
運転手	必要数
事務員	必要数

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（施設長）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申出ください。

生活相談員	大石 和之 ・ 土佐 誠志
管理者	大石 和之

<主な職種の勤務体制及び職務内容>

管理者	事業所全般の統括を行います。
生活相談員	利用者の日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。 (通所介護計画の作成など行います。)
介護職員	利用者の日常生活上の介護を行います。(入浴・排泄・食事等)
看護職員	利用者のバイタルチェック、(血圧・脈拍・体温)健康管理等の業務を行います。
機能訓練指導員	利用者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行います。
事務員	施設の経理及び出納、一般庶務に関することを行います。
運転手	送迎業務を行います。

8. 事業所の設備等

食堂、機能訓練室、介護教育室、浴室（普通浴槽・特殊浴槽）、静養室、相談室、トイレ、送迎車輛（軽自動車3台、ワゴン車1台、車いす用リフト車1台）

9. 当事業所が提供するサービス内容

- | | |
|------------------------------|--|
| ① 送迎 | ご自宅から施設まで送迎します。 |
| ② 健康チェック | 看護職員による検温、脈拍、血圧測定、問診を行います。 |
| ③ 入浴 | 入浴またはシャワー浴、清拭を行います。 |
| ④ 個別機能訓練加算(I)イ
（要介護者 該当者） | 機能訓練指導員等により、利用者の心身などの状況に応じて日常生活を送るのに必要な身体機能及び生活機能の維持・向上を図るための訓練を実施します。 |
| ⑤ 食事 | 栄養バランスを考え、季節感のある食事を提供します。 |
| ⑥ 口腔ケア | 昼食後の口腔内の清潔保持に努めます。毎月1回、歯科医師による義歯洗浄、口腔内観察を行います。（希望者のみ） |
| ⑦ レクリエーション
趣味活動 | 創作活動、レクリエーション、各月の行事、季節のドライブなどさまざまな余興活動を提供します。 |

10. サービスの中止、変更

- (1) 利用者の健康状態が悪く、帰宅または受診が必要と判断した場合は、サービスの提供をお断りする場合があります。（感染症などの予防のため）
- (2) 利用当日の健康チェックの結果、または利用中に体調の変化、悪化が見られたその場合はサービスの内容を変更、または中止することがあります。その場合、家族、主治医、医療機関、関係機関等に連絡を取り、必要な措置を講じます。

11. サービス利用料金

○指定地域密着型通所介護サービス利用料金（1回あたり）

当事業所では、要介護度及び下記の利用者負担段階に応じた在宅サービス費、加算サービス費及び食費の合計額をお支払いいただきます。

利用者負担金は原則として介護負担割合証に記載してある利用負担割合にしたがって1割、2割、3割の額になります。

要介護度/所要時間	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
7 時間以上～ 8 時間未満	7,530 円	8,900 円	10,320 円	11,720 円	13,120 円
自己負担 1 割	753 円	890 円	1,032 円	1,172 円	1,312 円
2 割	1,506 円	1,780 円	2,064 円	2,344 円	2,624 円
3 割	2,259 円	2,670 円	3,096 円	3,516 円	3,936 円
6 時間以上～ 7 時間未満	6,780 円	8,010 円	9,250 円	10,490 円	11,720 円
自己負担 1 割	678 円	801 円	925 円	1,049 円	1,172 円
2 割	1,356 円	1,602 円	1,850 円	2,098 円	2,344 円
3 割	2,034 円	2,403 円	2,775 円	3,147 円	3,516 円
5 時間以上～ 6 時間未満	6,570 円	7,760 円	8,960 円	10,130 円	11,340 円
自己負担 1 割	657 円	776 円	896 円	1,013 円	1,134 円
2 割	1,314 円	1,552 円	1,792 円	2,026 円	2,268 円
3 割	1,971 円	2,328 円	2,688 円	3,039 円	3,402 円
4 時間以上～ 5 時間未満	4,360 円	5,010 円	5,660 円	6,290 円	6,950 円
自己負担 1 割	436 円	501 円	566 円	629 円	695 円
2 割	872 円	1,002 円	1,132 円	1,258 円	1,380 円
3 割	1,308 円	1,503 円	1,698 円	1,887 円	2,085 円
3 時間以上～ 4 時間未満	4,160 円	4,780 円	5,400 円	6,000 円	6,630 円
自己負担 1 割	416 円	478 円	540 円	600 円	663 円
2 割	832 円	956 円	1,080 円	1,200 円	1,326 円
3 割	1,248 円	1,434 円	1,620 円	1,800 円	1,989 円

加算説明及び加算料金（1回あたり）

加算の種類	加 算 要 件 等	1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算 I	一般浴槽・機械浴槽の中からご契約者の状況に応じた適切な入浴を行った場合の料金が加算されます。	40 円	80 円	120 円
サービス提供体制強化加算 I (イ)	職員の総数のうち、介護福祉士を占める割合が 70% 以上もしくは勤続 10 年以上介護福祉士が 25% 以上であることを条件に加算されます。	22 円	44 円	66 円
介護職員等処遇改善加算 I	1 月あたりの総単位数に 9.2% を乗じた料金(自己負担 : 1 割、2 割、3 割)			
送迎減算	送迎がされない場合に減算対象になります。	△47 円 (片道)	△94 円 (片道)	△141 円 (片道)
個別機能訓練加算 (I)イ (該当者のみ)	機能訓練指導員等によりご契約者の心身等の状態に応じて個別機能訓練計画書を作成し日常生活を送るのに必要な身体機能や生活機能の維持・向上を図るための訓練を実施します。	56 円/日	112 円/日	168 円/日
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症のご利用者様に個別担当スタッフを定め、ご利用者様の特性や家族様のニーズに応じたサービスを実施いたします。	60 円/日	120 円/日	180 円/日
食事代	1 食 650 円 (おやつ込)			

※2 時間以上 3 時間未満は、心身状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者が対象となります。

○第1号通所事業の利用料・・・基本部分、加算、減算の合計額となります。

あなたが第1号通所事業サービスを利用した場合の利用料の額は、益田市が定める基準によるものとし、当該第1号通所事業が法定代理受理サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載してある利用負担割合にしたがって1割、2割、3割の額になります。それぞれのサービスについては下記のとおりです。但し、介護保険の支給限度額を超えデイサービスを利用する場合は超えた額の全額をご負担いただきます。

【基本部分：第1号通所事業】

利用者要介護度	1月につき	利用者負担 1割	利用者負担 2割	利用者負担 3割
要支援1・事業対象者	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2・事業対象者	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

☆利用料も自動的に改正されます。なお、その場合は事前に新しい基本利用料を改定でお知らせします。

☆利用料は月額制になります。但し、以下の各号に該当する場合は、実際に利用した日数にかかわらず、サービスの対象期間に応じた日数による計算を行います。

1. 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
2. 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
3. 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
4. 月の途中で開始した場合（契約日を起算日として月末までの期間）
5. 月途中で終了した場合（月初めから契約解除日までの期間）

【加算：第1号通所事業】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件			
サービス提供体制加算Ⅰ	職員の総数のうち、介護福祉士を占める割合が70%以上もしくは勤続10年以上介護福祉士が25%以上であることを条件に加算されます。			
	1月につき	利用者負担 1割	利用者負担 2割	利用者負担 3割
		要支援1 事業対象者 88円	要支援1 事業対象者 176円	要支援1 事業対象者 264円
	要支援2 事業対象者 176円	要支援2 事業対象者 352円	要支援2 事業対象者 528円	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	一ヵ月あたりの総単位数に9.2%を乗じた料金（自己負担：1割、2割、3割）			
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症のご利用者様に個別担当スタッフを定め、ご利用者様の特性や家族様のニーズに応じたサービスを実施いたします。	利用者負担		
		1割	2割	3割
		240円/月	480円/月	720円/月
送迎減算	送迎がされない場合に減算対象になります。	△47円 (片道)	△94円 (片道)	△141円 (片道)

(4) 行政機関その他苦情受付機関

島根県運営適正化委員会	所在地 いきいきプラザ島根内	松江市東津田町1741-3
	電話番号	0852-32-5913
	FAX	0852-32-5994
	受付時間	8時30分～12時00分 13時00分～17時00分(土・日・祝日は除く)
益田市役所高齢者福祉課 事業者指導係	所在地	益田市常盤町1-1
	電話番号	0856-31-0218
	FAX	0856-24-0181
	受付時間	8時30分～17時15分 (土・日・祝日、12月29日～1月3日は除く)
島根県国民健康保険団体 連合会	所在地	松江市学園1丁目7-14
	電話番号	0852-21-2811
	FAX	0852-61-9051
	受付時間	9時00分～17:00分(土・日・祝日は除く)
益田市美都地域包括支 援センター	所在地	益田市美都町都茂1803-1
	電話番号	0856-52-3335
	FAX	0856-52-2716
	受付時間	8時30分～17時30分 (土・日・祝日、12月29日～1月3日は除く)

13. 秘密の保持等

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で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しません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

事業者は、サービス提供をする上で必要がある場合、サービス担当者会議等において利用者及び家族の個人情報を用いる事があります。

14. 事故発生時の対応

事業者は、サービス提供により事故が発生した場合は市町村、利用者の家族、指定居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事業者は、利用者に対するサービス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。

15. 非常災害時の対策

別途定めた益田市立美都デイサービスセンター「土砂(風水害)災害防災計画」に基づき対応します。

16. 感染症や災害への取り組みについて

(1) 感染症の発生及びまん延等に関する取組のために、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等に努めます。

(2) 業務継続計画に向けた取り組みについて

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するために、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施に努めます。

17. 虐待防止及び身体拘束等の取り組みについて

- (1) 事業者は、高齢者虐待防止法の理念に基づき、利用者又は利用者等の尊厳の保持及び人格を尊重した支援を行います。虐待又はその疑いが発生した場合には、「虐待防止のための指針」に基づき、適正に対応します。また、虐待防止のための研修を定期的実施する等の必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、利用者又は利用者等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、身体拘束等を行いません。身体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の記録を行います。又事業者として、身体的拘束等の適正化のための研修を実施する等の必要な措置を講じます。

18. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、下記の緊急連絡先に連絡の上必要に応じて、主治医、救急隊、指定居宅介護支援事業者等に連絡いたします。

(1) 緊急連絡先

氏名		続柄		電話	
住所	〒				

(2) 緊急連絡先

氏名		続柄		電話	
住所	〒				

主治医

病院名		電話	
住所			

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護及び第1号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対し本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

事業所住所 益田市美都町都茂1195番地
 名称 益田市立美都デイサービスセンター

【説明者】

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、指定地域密着型通所介護及び第1号通所事業提供開始に同意しました。

利用者 住所 益田市美都町

氏名

代筆 氏名

(続柄)