

重要事項説明書

デイサービスセンターみどり

- 地域密着型通所介護
- 介護保険法に基づく第一号通所事業

令和7年1月15日 改定

1. 事業者

(1) 法人名

社会福祉法人 よつ葉会

(2) 法人所在地

徳島県阿波市市場町香美字秋葉本80番地1

(3) 電話番号

0883-36-7771 FAX 0883-36-7772

(4) 代表者氏名

理事長 林 秀樹

(5) 設立年月日

平成14年 9月 1日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定地域密着型通所介護事業所 平成14年 9月 1日指定

徳島県3671600108号

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業

※当事業所は、ケアハウスみどりに併設されています。

(2) 事業所の目的

要介護者並びに要支援状態又は事業対象者である利用者が、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が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、地域密着型通所介護及び第1号通所事業（総合事業通所介護）を提供することを目的とします。

(3) 事業所の名称

デイサービスセンターみどり

(4) 事業所の所在地

徳島県阿波市市場町香美字秋葉本80番地1

(5) 電話番号

0883-36-7771 FAX 0883-36-7772

(6) 管理者（施設長）

氏名 細川 淑子

(7) 当事業所の運営方針

事業所の介護職員は、利用者がその有する能力に応じた、自立した日常生活を営むことが出来るようご利用者の意向を尊重し、個人の尊厳を保持しつつサービスの提供を致します。

(8) 開設年月日

平成14年 9月 1日

(9) 利用定員

10名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

指定地域密着型通所介護: 阿波市

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業: 阿波市・吉野川市・美馬市

(2) 営業日及び営業時間

営業日 : 月・火・木・金・土

定休日 : 水曜と日曜 ・お正月休み(12/31~1/3)

営業受付時間 : 午前9時00分~午後5時00分

サービス提供時間 : 午前9時30分~午後3時35分

4. 職員の配置状況

当事業所における職員の職種、員数は次のとおりとします。

(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

- | | |
|------------------|--------|
| 1. 施設長(管理者) | 1名(兼務) |
| 2. 生活相談員 | 1名 |
| 3. 機能訓練指導員(看護職員) | 1名 |
| 4. 介護職員または看護職員 | 1名 |

(主な勤務体制)

勤務時間 早出勤務: 午前8時00分~午後5時00分

平常勤務: 午前8時30分~午後5時30分

5. 緊急対応方法

デイサービス利用中に、ご利用者の病状に急変や突発的な事故または緊急事態が生じた時には速やかに主治医又は協力医療機関に連絡する等の措置を講じ、ご家族や管理者、居宅介護支援専門員に連絡とするものと致します。

6. 事故発生時の対応方法

- ①利用者に対する通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者家族介護支援専門員等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- ②利用者に対する通所介護の提供により事故の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して損害を賠償します。

7. 協力医療機関(緊急対応時)

協力医療機関: 医療法人 芳越会、協力医療機関: 阿波病院
協力医師: 随時

8. 苦情相談機関

苦情相談窓口: 電話(0883)-36-7771

苦情相談窓口担当者: 稲井 和枝

苦情解決責任者: 細川 淑子

第三者委員: 栗栖 昭雄・野口 俊市

【外部苦情申立機関】

徳島県運営適正化委員会

: 電話(088)-611-9988

: FAX (088)-611-9995

徳島県国保連合会: 電話(088)-666-0117

保険者: 市町村介護保険課 阿波市: (0883)-36-6814

吉野川市: (0883)-22-2264 美馬市: (0883)-52-5605

9. 当事業所が提供するサービスと利用料金

<介護保険サービスと利用料金>

保険給付サービス: 食事・入浴・排泄・着替えの介助及び援助等の日常生活上のお世話、日常生活の中での機能訓練・レクリエーション・作業療法・健康面や介護相談等の援助を行います。但し、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

<保険外サービスと利用料金> ※非課税

食事負担額	昼食代(おやつ込み) 550円 ※キャンセルの場合、当日9時までにご連絡ください。ただし、これ以降のキャンセルは、昼食代をご負担いただきます。
介護度を持っていない方、又は住所が阿波市以外で定員に空きがある時の利用	1回 1,200円(入浴無)
	1回 1,500円(入浴有)
紙パンツ類の消極的販売について	※ 別添の代金一覧表を参照下さい。
レクリエーション等に係わる費用について	材料費は利用者負担となります。

<ご利用料金のお支払い方法>

ご利用料金のお支払いは、1カ月分精算しご請求致します。

- ① 現金(振込)支払いは翌月20日迄に、事務所へ持参(指定口座への振込)ください。
- ② 自動引き落としご利用の場合は、口座振替依頼書にて手続きを行い、指定する期日までに、ご本人口座にご準備ください。
振替指定日:毎月26日または27日(休日の場合は翌営業日)です。
- ③ 手数料は利用者様負担となります。
事務所までお知らせください。

10. 介護サービス提供記録の開示

サービス提供記録の開示を希望されるご家族は、事務所職員にお知らせ下さい。担当職員より開示させて頂きます。尚、個人情報保護に基づきご本人および契約書の身元保証人(又は後見人)の了解を得て開示致します。記録の保存は提供日から5年間です。

11. 守秘義務及び個人情報の保護

サービスを提供する上で、知り得た情報(利用者及び家族に関する秘密)を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後においても継続します。

事業所は、「個人情報取扱い規程」及び「特定個人情報取扱い規程」に沿って対応し、サービス提供する上で必要な個人情報の利用目的などを説明し、利用者または家族等の同意書を得て実施します。同意書の項目以外については、利用者及び家族等に報告し、新たに同意を得る事とします。

12. 非常災害対策

非常災害に備えて、災害及び感染症における事業継続計画(BCP)を作成し、研修訓練計画の見直しを行っています。訓練では、消防署員や地域住民の出来るだけ協力を得て、地震、火災などの研修や訓練を実施しています。

ケアハウスみどり入居者や施設外利用者の安否確認と現状について、家族などへの報告、関係機関への報告を行います。

13. 高齢者虐待の防止

利用者などの人権擁護・虐待防止のために、必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者及び担当者の選定
- ② 研修を通じて、すべての職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
特に、認知症ケアや排泄介助に関するデリケートな気遣いができるよう努めます。
- ③ 虐待の疑いを持ったら、管理者を通し、または直接 市町村の窓口に通報します。
- ④ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

14. 身体拘束廃止について

身体拘束は虐待行為であり、利用者の尊厳ある生活を阻むものと考え、拘束を安易に正当化することなく、職員ひとり1人が身体的、精神的、弊害を理解し、拘束以外の方法を工夫し実践します。止むを得ず行う場合には、切迫性、非代替性、一時性の3要件の全てを満たし、かつ家族などの同意が必要とします。研修や委員会などを定期的に行い健康的な職場づくりを行います。

15. 感染症まん延防止

利用者のお迎え時、検温と体調確認をさせて頂き、発熱・咳・咽頭痛・嘔吐・下痢など感染症を疑う症状があれば、サービスを中止し家族に受診をお願いします。

サービス中の発症も同様です。

感染症予防対策として、設備やホールなどの清潔保持と消毒、浴室と浴槽の水抜きと清掃・消毒を行います。循環型ろ過機のフィルターと石の清掃は月1回、交換は年2回実施し、レジオネラ菌の水質検査も行っています。

感染者が発生した場合は、事業を中断または縮小しても早期に回復させる必要があり事業継続計画にそって対応します。

16. 運営推進会議について

地域との連携と事業所運営の透明性を確保するため、「運営推進会議」を概ね6カ月に1回以上開催致します。構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、阿波市職員や地域包括支援センター職員等にお問い合わせ致します。

サービス料金表

地域密着型通所介護 サービス利用時間	介護度	ご利用者様負担額			算定単位
		1割負担	2割負担	3割負担	
3時間以上4時間未満	要介護1	416円	832円	1,248円	1回
	要介護2	478円	956円	1,434円	
	要介護3	540円	1,080円	1,620円	
	要介護4	600円	1,200円	1,800円	
	要介護5	663円	1,326円	1,989円	
4時間以上5時間未満	要介護1	436円	872円	1,308円	
	要介護2	501円	1,002円	1,503円	
	要介護3	566円	1,132円	1,698円	
	要介護4	629円	1,258円	1,887円	
	要介護5	695円	1,390円	2,085円	
5時間以上6時間未満	要介護1	657円	1,314円	1,971円	
	要介護2	776円	1,552円	2,328円	
	要介護3	896円	1,792円	2,688円	
	要介護4	1,013円	2,026円	3,039円	
	要介護5	1,134円	2,268円	3,402円	
6時間以上7時間未満	要介護1	678円	1,356円	2,034円	
	要介護2	801円	1,602円	2,403円	
	要介護3	925円	1,850円	2,775円	
	要介護4	1,049円	2,098円	3,147円	
	要介護5	1,172円	2,344円	3,516円	
入浴介助加算(Ⅰ)		40円	80円	120円	1日
個別機能訓練加算Ⅰイ		56円	112円	168円	1日
個別機能訓練加算Ⅱ		20円	40円	60円	1月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22円	44円	66円	1回
通所介護同一建物減算(事業所と同一建物に居住され、送迎無)		-94円	-188円	-282円	1日
通所介護送迎減算		-47円	-94円	-141円	片道
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ		20円	40円	60円	6月に1回
科学的介護推進体制加算		40円	80円	120円	1月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数の5.9%を加算			1月毎
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数の1.2%を加算			1月毎
介護職員等ベースアップ等支援加算		所定単位数の1.1%を加算			1月毎
R6.6月～介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数の9.2%を加算			1月毎

※所定単位数＝基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数

地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスについて

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)・介護職員等ベースアップ等支援加算は令和6年4月分から5月分まで算定致します。

介護保険制度改正による変更により、上記の加算は統合されます。令和6年6月分から加算率が改定され、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を算定致します。【所定単位数の9.2%を加算】

サービス料金表

【第1号通所事業 通所型サービス(独自)利用料】

<サービス内容>	介護度・事業対象者	ご利用者様負担額			
		1割負担	2割負担	3割負担	算定単位
通所型独自サービス費 11	要支援1・事業	1,798 円	3,596 円	5,394 円	1月につき
通所型独自サービス費 12	要支援2・事業	3,621 円	7,242 円	10,863 円	1月につき
通所型独自サービス費 21	要支援1・事業	436 円	872 円	1,308 円	月4回迄 ／1回毎
通所型独自サービス費 22	要支援2・事業	447 円	894 円	1,341 円	月8回迄 ／1回毎
サービス提供体制強化加算 I 1	要支援1・事業	88 円	176 円	264 円	1月
サービス提供体制強化加算 I 2	要支援2・事業	176 円	352 円	528 円	1月
同一建物介護減算 1(送迎)	要支援1・事業	-376 円	-752 円	-1,128 円	1月
同一建物介護減算 2(送迎)	要支援2・事業	-752 円	-1,504 円	-2,256 円	1月
口腔栄養スクリーニング加算 I	要支援1・2・事業	20 円	40 円	60 円	6月に1回
科学的介護推進体制加算	要支援1・2・事業	40 円	80 円	120 円	1月
同一建物送迎減算 1	要支援1・事業	-376 円	-752 円	-1,128 円	1月
同一建物送迎減算 2	要支援2・事業	-752 円	-1,504 円	-2,256 円	1月
同一建物送迎減算 3	要支援1・2・事業	-94 円	-188 円	-282 円	1回
送迎減算(送迎を行わない場合)	要支援1・2・事業	-47 円	-94 円	-141 円	片道
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	要支援1・2・事業	所定単位数の5.9%を加算			1月
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	要支援1・2・事業	所定単位数の1.2%を加算			1月
介護職員等ベースアップ等支援加算	要支援1・2・事業	所定単位数の1.1%を加算			1月
R6.6月～介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	要支援1・2・事業	所定単位数の9.2%を加算			1月

※所定単位数＝基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数

社会福祉法人よつ葉会「デイサービスセンターみどり」のサービス提供にあたり
ご利用者に対し「重要事項」を説明致しました。

令和 年 月 日

(事業者)

通所介護名 社会福祉法人 よつ葉会 デイサービスセンターみどり

住 所 徳島県阿波市市場町香美字秋葉本80番地1

説 明 者 印

私は、本書面に基づいて「重要事項」の説明を受け、内容に同意します。

(利用者)

住 所

氏 名 _____ 印

代 筆 者 _____ 印 続柄()

(利用者代理人)

住 所

氏 名 _____ 印 続柄()