

# 介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

社会福祉法人 興 正 会

デイサービスセンター出水の里

# 介護予防・日常生活支援生活支援総合事業

## 重要事項説明書

### 1. 事業者

- |     |       |                 |
|-----|-------|-----------------|
| (1) | 法人名   | 社会福祉法人 興正会      |
| (2) | 法人所在地 | 鹿児島県出水市境町1822番地 |
| (3) | 電話番号  | 0996-67-5070    |
| (4) | 代表者氏名 | 理事長 小幡 美枝子      |
| (5) | 設立年月日 | 昭和56年10月19日     |

### 2. 事業所の概要

- |     |        |  |
|-----|--------|--|
| (1) | 事業所の種類 | 指定通所介護事業所<br>平成12年 3月 9日指定<br>指定介護予防通所介護事業所<br>平成18年 4月 1日指定<br>介護予防通所介護相当サービス<br>平成30年 4月 1日指定<br>鹿児島県4670800129号 |
|-----|--------|--|

※ 当事業所は特別養護老人ホーム 出水の里に併設されています。

- |      |            |   |
|------|------------|---|
| (2)  | 事業所の目的     | 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「通所介護」という）は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に、通所介護サービスを提供します。 |
| (3)  | 事業所の名称     | デイサービスセンター 出水の里   |
| (4)  | 事業所の所在地    | 鹿児島県出水市境町1822番地   |
| (5)  | 電話番号       | 0996-67-1087  |
| (6)  | 管理者氏名      | 小幡 美枝子  |
| (7)  | 当事業所の運営方針  | 単なる生活支援ではなく、自立支援を基調とし、目配り・気配り・思いやり・の精神で、豊かさ（食）快適さ（住）温かさ（心）を追求する。  |
| (8)  | 開設年月日      | 平成10年10月 3日   |
| (9)  | 通常の事業の実施地域 | 出水市   |
| (10) | 実施単位       | 384単位 / 395単位   |
| (11) | 利用定員       | 1日に通所介護のサービスを提供する定員は40名   |

(12) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日
休日	日曜日
営業時間	8:30～19:00

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して通所介護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。

- (1) 管理者 1名 (軽費老人ホームの管理者と常勤で兼務)  
管理者は職員等の管理及び業務の管理を一元的に行なう。
- (2) 生活相談員 1名以上  
生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービスの調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携において必要な役割を果たす。
- (3) 看護員 兼 機能訓練指導員 2名以上  
看護職員は、健康チェック等を行なうことにより利用者の健康状態を、的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行なう。  
機能訓練指導員は、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、利用者の心身の状態を勘案しながら必要な援助を行う。
- (4) 介護職員 6名以上  
介護職員は、通所介護の提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し、適切な介助を行なう。
- (5) 事務員 1名

2. 当事業所が提供するサービスと利用料金

- (1) 当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

◎選択型サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービス種類や実施日、実施内容等については、ケアプランに沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

<共通サービス>

① 常生活上の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行ないます。

② 健康状態の確認

看護職員が、ご利用者の健康状態をチェックいたします。

③ 個別機能訓練サービス

利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練並びに利用者の心身の活性化を図るために、利用者1人1人個別に計画を立て、各種サービス（アクティビティ・サービス）を提供いたします。

④ 入浴サービス

一般浴槽による入浴、清拭をおこないます。又は特殊浴槽を使用して入浴できます。

⑤ 食事サービス

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態及び嗜好を考慮した食事を提供します。

⑥ 相談、助言等に関すること

利用者及びそのご家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言等を行ないます。

<選択型サービス>

① 運動器機能向上加算、月に225単位となります。

運動器機能向上加算とは要支援者が要介護状態になることを防止し、できるだけ長く自立した日常生活を送れるようにすることを目的とし、機能訓練指導員により利用者の心身の状態に応じて、運動器機能向上計画を作成し、運動器の機能向上のための訓練を実施します。

※上記選択型サービスは介護予防・日常生活支援生活支援総合事業のサービスとなります。

<サービスの利用頻度>

◎ 利用する曜日や内容等については、ケアプランに沿いながら、利用者と協議のうえ決定し、通所介護計画に定めます。

◎ ただし、利用者の状態の変化、ケアプランに位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

◎ 利用者・家族より振替や臨時利用など希望がある場合はケアマネージャーと連携を図り通所介護計画の目標達成に向け必要であり、事業所が受入可能な場合は対応を行います。

(2) サービス利用料金 <介護予防・日常生活支援総合事業>

利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は下記のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の額です。ただし、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。

単位：円

要介護	基本利用料	上限回数を超える場合
事業対象者 要支援 1	週1回程度 384単位/回	月4回超の場合 1672単位/月
要支援 2	週2回程度 395単位/回	月8回超の場合 3428単位/月

要介護	運動器機能向上加算	サービス提供強化加算Ⅱ	介護員処遇改善加算Ⅰ	介護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
事業対象者 要支援 1	225	72	介護報酬ひと月総単価×5.9%	介護報酬ひと月総単価×1.2%	介護報酬ひと月総単価×1.1%
要支援 2	225	144	介護報酬ひと月総単価×5.9%	介護報酬ひと月総単価×1.2%	介護報酬ひと月総単価×1.1%

<その他の加算・減算等として>

- ① 科学的介護推進体制加算を取得した場合、月に40単位となります。
- ② サービス提供体制加算：別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対し、通所介護サービスを行った場合につき、次に掲げる所定単位数を算定する。

※条件に適合する(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定致します。

1 サービス提供体制加算(Ⅰ) 下記いずれかに該当する場合 一か月88・176単位

- ・当該通所介護事業所における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
- ・勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上

- 2 サービス提供体制加算（Ⅱ）下記に該当する場合 一か月 72・144 単位
- ・当該通所介護事業所における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
- 3 サービス提供体制加算（Ⅲ）下記いずれかに該当する場合 一か月 24・48 単位
- ・当該通所介護事業所における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
  - ・勤続年数が 7 年以上の介護職員の占める割合が 30%以上
- ③介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：別に厚生労働省が定める基準に適合する介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対し、指定通所介護を行った場合は該当基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。
- 1 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)上記算定した単位数の 59/1000 に相当する単位
  - 2 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)上記算定した単位数の 43/1000 に相当する単位
  - 3 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)上記算定した単位数の 23/1000 に相当する単位
- ④介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ：上記と同様（対象は介護職員等となる）
- 1 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)上記算定した単位数の 12/1000 に相当する単位
  - 2 介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)上記算定した単位数の 10/1000 に相当する単位
- ※介護職員処遇改善加算とサービス提供体制加算も区分支給限度基準額の算定対象外です。
- ⑤介護職員等ベースアップ等支援加算：上記と同様（対象は介護職員等となる）
- 介護員等ベースアップ等支援加算上記算定した単位数 11/1000 に相当する単位※
- ※介護職員処遇改善加算とサービス提供体制加算も区分支給限度基準額の算定対象外です。
- ⑥当事業所と同一建物に居住する要支援 1 の方が介護予防通所介護サービスを受けた場合は 1 月あたり 3 7 6 単位を減算します。ただし、一時的な傷病やその他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる場合は減算しません。
- ⑦ 当事業所と同一建物に居住する要支援 2 の方が介護予防通所介護サービスを受けた場合は 1 月あたり 7 5 2 単位を減算します。ただし、一時的な傷病やその他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる場合は減算しません。

⑧ ◎ 食費は1食あたり600円となります。

(3) 支払い方法

介護職員処遇改善加算の性質上、1月ごとに計算し、ご請求いたします。利用料金をいただきますと領収書を発行いたします。お支払い方法は、現金払いまたは口座振込とし、双方合意した方法で行います。

(4) 利用の中止、変更、追加

1. 利用予定日の前に、ご利用者都合により、通所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。この場合にはサービス実施日の前日までに申し出てください。
2. 月のサービス利用日や回数については、利用者の状態変化、介護予防サービス計画に位置づけられた目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
3. 利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

デイサービスセンター 出水の里 電話番号 0996-67-1087

相談員 市前 友朗

藤川 由美

対応時間 8:30~17:30 (月~土)

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

出水市役所 いきいき長寿課 介護保険係	【所在地】 出水市緑町1番3号 【電話番号】 0996-63-2111 【F A X】 0996-63-0680 【受付時間】 8:30~17:00
水俣市役所 介護保険担当課	【所在地】 水俣市陣内1丁目1番1号 【電話番号】 0966-61-1655 【F A X】 0966-61-0611 【受付時間】 8:30~17:00
鹿児島県国民健康 保険団体連合会	【所在地】 鹿児島市鴨池新町7番4号 【電話番号】 099-213-5122 【F A X】 099-213-0817 【受付時間】 8:30~17:00
苦情処理第三者委員	田 中 豊 【住所】 出水市向江町36-56 【電話番号】 0996-62-5880  溝 口 功 【住所】 出水市武本6696 【電話番号】 0996-63-2220

※ 苦情処理第三者委員は公平中立な立場で、苦情を受け付け相談に乗っていただける委員です。



6. 事故発生の対応について

事業者は、利用者に対し指定通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者家族、居宅介護支援事業所、医療機関、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐ為の対応を講じます。

7. 緊急時の対応について

事業者は、サービス提供に際して利用者の病状の急変が生じた場合、その必要な場合は、速やかに主治医または歯科医師に連絡を取る等の必要な措置を講じます。

8. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その賠償の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、後利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認める時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

『説明確認』

令和 年 月 日

通所介護および介護予防通所介護契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 鹿児島県出水市境町1822番地  
事業者 デイサービスセンター 出水の里  
  
説明者 印

通所介護および介護予防通所介護契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

御利用者代表  
住所 \_\_\_\_\_  
  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
  
電話 \_\_\_\_\_

利用者家族  
住所 \_\_\_\_\_  
  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
  
電話 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

