

# 重要事項説明書

## 通所介護・第1号通所事業

通所介護事業サービス及び、第1号通所事業の提供開始にあたり、契約者（利用者又は、その家族）に、当事業所の概要、サービス内容及び、契約上ご留意いただきたい事を説明します。

### 1 事業主体（法人の情報）

事業主体（法人名）	医療法人天心堂
法人の種類	医療法人
代表者（役職名及び氏名）	理事長 志田 知之
法人所在地	〒849-1304 佐賀県鹿島市大字中村 2134 番地 4
電話番号及びFAX番号	電話 0954-63-1236 FAX0954-63-1237
E-MAIL	shidahp@shidahp.jp

### 2 事業所の概要

事業所の名称	デイサービス花水木
サービスの種類	通所介護 第1号通所事業
事業所の管理者	江頭 沙知
開設年月日	2010年2月1日
介護保険事業者指定番号	4170700258
事業所の所在地	〒849-1304 佐賀県鹿島市大字中村 2187 番地 1
電話番号及びFAX番号	電話 0954-68-0070 FAX0954-68-0071
E-MAIL	shida-kaigo@shidahp.jp

### 3 事業実施地域、営業時間、定員等

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8：15～18：00
サービス提供時間	9：30～16：45
通常の事業実施地域	鹿島市 嬉野市 白石町 太良町 ※地域外の方につきましても、ご相談下さい。
単位数及び定員	利用定員 40名

### 4 事業の目的及び運営方針

事業の目的及び運営方針	<p>① 事業所の従事者は、要介護状態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て、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その家族の身体的、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等の介護その他必要な援助を行う。</p> <p>② 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</p>
-------------	--

### 5 従事者の職種、員数及び職務内容等

#### ① 従事者の職種、員数及び職務内容

職種	人員	職務内容
管理者	1名(兼務)	事業を代表して、業務を統括します。

生活相談員	3名以上 (兼1名)	利用者及び家族の相談を受け、関係機関紹介等、適切な対応を行います。
介護職員	6名以上 (兼3名)	利用者の生活向上を図るため適切な介助等を行います。
看護職員	3名以上	利用者の健康面に関する管理を行います。
機能訓練指導員	2名以上	利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその低下を防止するための訓練を実施します。

## ② 主な職種の勤務の体制

職種	勤務体制	職種	勤務体制
管理者	8:15~17:15 9:00~18:00	介護職員	8:15~17:15 9:00~18:00
生活相談員	8:15~17:15 9:00~18:00	機能訓練指導員	8:15~17:15 9:00~18:00
看護職員	8:15~17:15 9:00~18:00		

## 6 サービス内容

### ① 通常サービス

食事	季節に応じた食材を用いて、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。
排泄	利用者の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により、利用者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又はその減退を防止するための訓練を同意のうえ、個別的实施します。
健康チェック	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
送迎	車でご自宅と事業所間の送迎を行います。
相談及び援助	利用者及び家族からの相談について、可能な限り援助を行い、必要に応じて関係機関紹介等、適切な対応を行います。

### ②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います。）

個別機能訓練加算 I	機能訓練指導員を配置の上、利用者ごとに個別機能訓練計画書を作成し、その計画に基づいた訓練を提供する事で算定を行う加算です。 イ：機能訓練指導員の配置が専従1名以上（配置時間の定めなし） ロ：イに加え、専従1名以上（配置時間の定めなし）
生活機能向上連携加算	機能訓練指導員その他の職種（連携機関のリハビリテーション専門職等）の者が共同して、利用者の心身等の状況に応じて、その目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練（運動機能向上）計画を作成し、日常生活を送るために必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を実施します。
入浴介助加算	（Ⅰ）利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。 （Ⅱ）利用者が居宅において自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、作業療法士や介護福祉士、介護支援専門員等が居宅を訪問後、浴槽での利用者の動作、浴室環境を評価します。浴室環境に課題がある場合は、介護支援専門員や福祉用具貸与事業所、福祉用具専門相談員などと連携し、貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に関わる助言を行います。また、利用者の身体状況や浴室環境などを踏まえた個別の入浴計画を作成し、計画に基づき利用者の居宅の状況に近い環境で入浴介助を行います。
サービス提供体制強化加算 I	直接サービスを提供する介護職員のうち、介護福祉士が70%以上であった場合に算定します。

口腔・栄養スクリーニング加算	スクリーニングを定期的に行い、利用者の口腔の健康状態及び栄養状態の把握を行います。
ADL維持等加算	要介護状態の重症化予防、高齢者の生活機能の向上と自立支援につなげるため、日常生活の自立を支援することに焦点が当てられており、日常生活動作(ADL)の維持もしくは改善の度合いを一定水準以上に保つ取り組みをした場合に評価される加算です。
栄養アセスメント加算	栄養ケア・マネジメントの強化を目的として、栄養改善が必要な利用者を的確に把握し、適切なサービスに繋げていく観点から管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取り組みを評価する加算です。
科学的介護推進体制加算	科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進するために、新設された加算です。 ※LIFE…厚生労働省のデータベース
個別機能訓練加算(II)	現在の機能訓練の取り組みに加え、計画等の情報を厚生労働省に提出(LIFEの活用)し、フィードバックを受けて利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成、計画に基づく個別機能訓練の実施、評価、評価結果を踏まえた計画の見直しや改善などサービスの質の管理を行うこと。(PDCAサイクルの運用)

## 7 サービス利用料金

### 通所介護費 加算対象サービス

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上 4時間未満	370円/日	423円/日	479円/日	533円/日	588円/日
4時間以上 5時間未満	388円/日	444円/日	502円/日	560円/日	617円/日
5時間以上 6時間未満	570円/日	673円/日	777円/日	880円/日	984円/日
6時間以上 7時間未満	584円/日	689円/日	796円/日	901円/日	1,008円/日
7時間以上 8時間未満	658円/日	777円/日	900円/日	1,023円/日	1,148円/日

第1号通所介護費	介護度	単位数(月額の場合)	単位数(日額の場合)
	要支援1 事業対象者	1,798円/月	436円/日 月に1~4回まで
	要支援2	3,621円/月	447円/日 月に1~8回まで

介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
入浴介助加算Ⅰ・Ⅱ			Ⅰ：40円/日		Ⅱ：55円/日		
個別機能訓練加算Ⅰ			イ：56円/日		ロ：76円/日		
個別機能訓練加算Ⅱ			20円/月				
サービス提供体制強化加算Ⅰ	88円/月	176円/月	22円/日				
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ			20円/回 (6ヶ月毎) ※該当者のみ				
生活機能向上連携加算	200円/月		100円/月				
栄養アセスメント加算	50円/月						
科学的介護推進体制加算	40円/月						

※事業所が送迎を実施していない場合 片道につき -47 円

※上記は、自己負担割合が1割の場合の金額です。

介護職員等処遇改善加算Ⅲ 利用料 (月額) ×8.0%

### ① 保険給付サービス利用料金

保険給付サービス	要介護状態区分別 (要支援状態区分別)、提供時間別等に応じて定められた金額 (省令により変更あり) から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額 (介護保険負担割合証に記載された負担割合分) になります。 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、利用者の負担額を変更します。
----------	--

### ② その他のサービス利用料金 (※消費税が加算されるものもあります。)

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。

食事の提供に要する費用	1食 520円
おむつ代	実費
通常の事業実施地域を越える送迎費用	通常実施地域を越えた地点から利用者の居宅まで 110円/10km
レクリエーション、クラブ活動	利用者の希望により、教養娯楽としてレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 (材料費等は実費を頂く場合もあります。)
連絡帳代	実費
理容代	実費 (希望者のみ)

### ③ 利用料金の支払い方法

利用料、その他の費用の請求	利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに利用者あてにお届けします。
利用料、その他の費用の支払い	請求月の末日までに、志田病院受付にてお支払いください。 お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

### ④ 利用の中止、変更、追加

利用の中止、変更、追加	利用予定日の前に、利用者の都合により、(介護予防) 通所介護事業所及び第1号通所事業の利用を中止、変更、追加をすることができます。この場合にはサービス実施日の 8:15 までに事業者に出してください。 利用者が正当な理由なく、サービス提供時間中に利用中止を申し出られた場合においては、キャンセル料として自己負担額相当分をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良や病変、急な入院等、正当な事由がある場合は、キャンセル料は請求いたしません。
-------------	---

## 8 利用にあたっての留意事項

被保険者証の提示	サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
介護保険負担割合証の提示	毎月、介護保険負担割合証を提示してください。
サービス提供中	気分が悪くなったときは、速やかに申し出てください。

送迎	決められた時間に遅れると送迎できない場合があります。遅れる場合は、事業所までご連絡をお願いします。
設備、備品の使用	事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。本来の用法に反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
迷惑行為等	ハラスメント（身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント）、騒音、商品販売等他の利用者または職員の迷惑になる行為はご遠慮ください。
飲酒、喫煙	飲酒はご遠慮ください。 法人敷地内は禁煙です。ご協力ください。
所持品の持ち込み	貴重品や大金の持ち込みはご遠慮ください。
動物の持ち込み	ペットの持ち込みはお断りいたします。
宗教活動、政治活動	事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

## 9 非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	消防計画、災害マニュアルに沿って対応を行います。また非常時には、法人他事業所からの、消火や避難誘導等の応援体制を整えています。
平常時の訓練等	3回以上/年実施 ※地域住民にも参加してもらえよう連携に努めます。
防犯防火設備	自動火災報知器 自動火災通報装置 消火器 誘導灯

## 10 事故発生時及び緊急時の対応方法

事故発生時の対応方法	<p>当事業所が利用者に対して行う通所介護事業所及び第1号通所事業の提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。</p> <p>また、当事業所が利用者に対して行った通所介護事業所及び第1号通所事業の提供により、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。</p> <p>事故については、事業所として事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。</p>	
利用者の病状の急変等の緊急時の対応方法	<p>通所介護事業所及び第1号通所事業の提供中に、利用者の体調悪化時や病状の急変等の緊急時には、利用者の主治医又は協力医療機関へ連絡し、必要な措置を速やかに講じます。また、利用者の家族に速やかに連絡させていただきます。</p> <p>病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することもあります。</p>	
主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名	
	所在地 電話番号	
家族等	緊急連絡先のご家族等	
	住所 電話番号	

## 11 秘密の保持と個人情報の保護

利用者及びその家族に関する秘密の保持	<p>事業者及び事業者の従事者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。</p> <p>この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。</p>
--------------------	--

従事者に対する 秘密の保持	就業規則にて従事者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。 また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。
個人情報の保護	事業所は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業所は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。
サービス利用中の面会	利用中の利用者 と 外部の方との面会は、プライバシーの観点から原則禁止しております。必要であれば、事前連絡もしくは、面会者指定をお願いします。

## 12 通所介護計画

通所介護計画	通所介護事業所及び第1号通所事業サービスは、利用者一人一人の人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、日常生活を送ることができるよう支援するものです。 事業所の管理者は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者と協議のうえで、居宅サービス計画・介護予防ケアマネジメントの内容に沿って、通所介護事業所及び第1号通所事業計画を定め、また、その実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明のうえ交付します。
サービス提供に関する記録	サービス提供に関する記録は、その完結の日から5年間保管します。 また、利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。

## 13 苦情処理の体制

事業所苦情相談窓口	担当者 管理者 江頭 沙知 電 話 0954-68-0070 F A X 0954-68-0071 また、意見箱を事業所入口に設置しています。
業事所外苦情相談窓口	佐賀県長寿社会課 住 所 佐賀市城内1丁目1-59 電 話 0952-25-7266
	佐賀県福祉サービス 運営適正化委員会 住 所 佐賀市鬼丸町7-18 電 話 0952-23-2151
	佐賀県国民健康保険 団体連合会 住 所 佐賀市呉服元町7番28号 電 話 0952-26-1477
	杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所 住 所 鹿島市大字中村917-2 電 話 0954-69-8222
	鹿島市地域包括支援センター 住 所 鹿島市大字納富分2643番地1 電 話 0954-63-2160

#### 14 衛生管理

衛生管理	事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。また、空調設備により適温の確保に努めています。従事者の健康管理を徹底し、従事者の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、従事者に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。利用者にも手洗い、うがいを励行させていただきます。
------	---

#### 15 感染症予防対策

感染症予防対策	感染症が発生・まん延した場合に適切に対応できるよう、感染症マニュアルに沿って、関連した委員会の開催、指針の整備、研修の実施、年1回以上の訓練（シミュレーション）を行います。
感染症発生時の対応方法	感染症マニュアルに沿って対応を行います。

#### 16 高齢者虐待防止

高齢者虐待防止等のための取り組み	<p>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。</p> <p>①研修等を通じて、従事者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。</p> <p>②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。</p> <p>③従事者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従事者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。</p>
------------------	---

#### 17 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
実施した直近の年月日	20    年    月    日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

この重要事項説明書の説明年月日	20    年    月    日
-----------------	-------------------

通所介護・第1号通所介護事業のサービス提供開始にあたり上記重要事項について利用者説明を行いました。

事業者所在地	佐賀県鹿島市大字中村 2187 番地 1
事業者法人名	医療法人天心堂
法人代表者名	理事長 志田 知之
事業所名称	デイサービス 花水木
説明者 氏名	印

私は、本説明書にもとづいて、通所介護・第1号通所介護事業についての重要事項の説明を受け理解した上で、サービスの提供開始に同意致します。

利用者	住 所	
利用者	氏 名	印
利用者の家族	住 所	
利用者の家族	氏 名	(続柄 ) 印
代筆理由		

2010年2月1日 作成

2024年6月1日 最終改定 (加算項目、利用料改定)