

デイサービスいきいき館

指定第1号通所事業重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(鹿屋市指定 第 4670301649 号)

当事業所はご契約者に対して第1号通所事業サービスを提供します。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とおり説明します。

目 次

1. 経営法人について	1
2. ご利用事業所について	1
3. 当事業所が提供するサービス	2
4. 利用料金について	3
5. キャンセル料金について	3
6. 相談・苦情の受付について	3
7. 秘密保持について	4
8. 個人情報の保護について	4
9. 身体拘束その他の行動制限について	4
10. 事故発生時の対応について	5
11. 非常災害対策について	5
12. その他の事項について	5
13. 協力医療機関について	5

当事業所は、ご契約者に対して第1号通所事業サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容及び契約上のご注意いただきたい事項を次の通り説明します。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 有限会社 いきいきケアサポート
- (2) 法人所在地 鹿児島県鹿屋市王子町3958番地7
- (3) 電話番号 0994-41-6289
- (4) 代表者氏名 代表取締役 田中 穂積
- (5) 設立年月日 平成23年 3月 1日

2. 利用施設

- (1) 事業所の種類 指定第1号通所事業
平成30年 4月 1日指定 鹿屋市 第 4670301649 号

- (2) 目的と基本方針

要支援と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、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の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

- (3) 事業所の名称 指定第1号通所事業
デイサービスいきいき館
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県鹿屋市笠之原町3579番地1
- (5) 電話番号 0994-45-4317
- (6) ファクス番号 0994-45-4318
- (7) 管理者氏名 田中 良二
- (8) 開設年月日 平成23年 3月 1日
- (9) 職員配置

職 種	職 員 数
管 理 者	1人
生 活 相 談 員	1人以上
看護職員兼機能訓練指導員	1人以上
介 護 職 員	2人以上

(10) 営業時間

営 業 日	日曜日～土曜日の毎日 休日（1月1～1月2日）
営 業 時 間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時00分～午後4時10分
事業の実施地域	鹿屋市

(11) 施設概要

利 用 定 員	1日あたり25名（指定介護予防通所介護定員を含む）
建 物 の 構 造	木造平屋建て
建物の延べ床面積	949.23㎡
敷 地 面 積	2,379.00㎡

*当事業所は、通常規模型通所介護施設です。

3. 提供するサービスの内容

(1) 送 迎

- ・ご自宅ならびに待ち合わせ場所までの送迎を行います。
- ・当日の道路事情等により送迎時間に差異が生じる場合がございます。

(2) 健康チェック

(3) 入 浴

- ・入浴または清拭を行います。

(4) 食 事

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立により、食事形態・栄養状態や利用者様の嗜好を考慮した食事を提供いたします。
- また、摂取困難者には介護職員により食事摂取のお手伝いをさせていただきます。

(5) 休憩・静養・趣味活動

(6) 機能訓練

- ・心身の機能回復を目的とした実施を行います。

(7) ティータイム

(8) 排 泄

- ・ご利用者様の排泄の介助をお手伝いさせていただきます。

(9) 生活相談

- ・ご利用者様からの相談をはじめ、ご家族様からの相談をお受けいたします。

(10) 健康状態の確認

- ・ご利用時、看護職員により血圧・体温測定を行い異常の早期発見に努めると共に健康に関する相談もお受けします。

4. 利用料金

- (1) 別紙の料金表によって、利用者の要介護度に応じサービス利用料金から介護給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いください。（サービスの利用料金は要介護度に応じて異なります。）

*別表参照

☆ 利用者が要介護認定を受けていない場合にサービスを利用されたときは、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂き、要介護認定を受けた後に自己負担金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、「居宅サービス計画書」が作成されていない場合にも「償還払い」となり、当事業所より「サービス提供証明書」を交付した後、自己負担額を除く金額が介護保険より支払われます。

☆ご利用者様の介護度に変更が生じた場合は、利用料金も変更されます。

- (2) その他の料金・・・別表参照

①食事の提供に要する費用

ただし、「給食利用要望書」の提出のあった利用者は、別表に定める額をお支払いいただきます。

②その他おむつ代・手芸材料代等、必要に応じて実費相当額をお支払い頂く場合があります。

5. キャンセル料金

☆ 利用者の都合によりサービス利用を中止する場合には、下記のキャンセル料金が必要となります。

☆ 申し出なく休まれた場合には、介護保険適用外となりますので 食事代 が必要となります。

☆ ただし、利用者の急な状態悪化等（病状・気分不良）の場合や正当な理由がある場合においては、キャンセル料金は頂きません。

① 利用前日に申し出があった場合	無 料
② 利用日当日 8 時 30 分までに申し出のあった場合	無 料
③ 申し出なく休まれた場合	食 事 代

6. 相談・苦情の受付について

- (1) 事業所内受付機関

○相談・苦情解決責任者（管 理 者 田中 良二）

○相談・苦情受付窓口担当者（管 理 者 田中 良二）

受付時間 月曜日 ～ 土曜日 8：30 ～ 17：30（緊急時除く）

電話番号 0994-45-4317

- (2) 相談・苦情受付ボックスとして当事業所玄関に、ご意見箱を設置しております。

※ なお、対応した内容については申し出者にお知らせいたします。

無記名の場合には、掲示にてお知らせいたします。

(3) 行政機関その他の苦情受付け機関

鹿屋市役所 高齢福祉課地域支援係	所在地 鹿屋市共栄町20番1号 受付時間 8:30 ~ 17:00 電話番号 0994-43-2111 FAX 0994-41-0701
肝属町役場 福祉課	所在地 肝属郡肝付町新富98番地 受付時間 8:30 ~ 17:00 電話番号 0994-65-2511 FAX 0994-65-2521
東串良町役場 保健福祉課	所在地 肝属郡東串良町川西1543番地 受付時間 8:30 ~ 17:00 電話番号 0994-63-3131 FAX 0994-63-3138
錦江町役場 保健福祉課	所在地 肝属郡錦江町城元963番地 受付時間 8:30 ~ 17:00 電話番号 0994-22-0511 FAX 0994-22-1951
鹿児島県国民健康保険 団体連合会	所在地 鹿児島県鴨池新町7番4号 受付時間 8:30 ~ 17:00 電話番号 099-206-1084 FAX 099-206-1069
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 鹿児島県鴨池新町1-7 県社会福祉センター内 受付時間 8:30 ~ 16:00 電話番号 099-257-3855 FAX 099-251-6779

7. 秘密保持

- (1) 本事業所の職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- (3) 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る場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

8. 個人情報の保護

- (1) 利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。
- (2) 個人情報の取扱いに関する利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとします。

9. 身体拘束その他の行動制限

- (1) 第1号通所事業サービスの提供にあたり、利用者又は他の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、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しないものとします。
- (2) 利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限する場合は、当該利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行うものとします。
また、この場合は、事前又は事後速やかに、当該利用者の家族等に対し、利用者にする行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。
- (3) 利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限した場合には、記録に次の事項を記載するものとします。
 - ア 利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
 - イ 前項に基づく利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
 - ウ 前項に基づく利用者の家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

10. 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する第1号通所事業サービスの提供により万一事故が発生した場合には、速やかに市町村・当該利用者のご家族・当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置については、記録を整備します。
- (3) 利用者に対する第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。

11. 非常災害対策について

第1号通所事業サービスの提供中に、火災・風水害・地震等の災害に対処するため計画を策定し、年2回以上の訓練を実施します。天災その他の災害が発生した場合には、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を執ります。

12. 虐待の防止

高齢者の尊厳の保持にとって、高齢者の虐待防止及び権利擁護は重要であることから、事業所は高齢者の虐待防止及び権利擁護に努めてまいります。

13. その他の事項

- (1) 風邪、病気等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康状態の確認等で、体調が悪い場合には、サービス内容の変更またはサービスの中止をすることがあります。この場合には、実施していないサービス加算料金は返金いたします。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービスを中止することがあります。その場合には、ご家族様に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師・

歯科医師・当事業所の協力医療機関に連絡を取る等の必要な措置を講じます。
緊急時の場合には、基本的にご家族様の付き添いにより受診をして頂きます。

14. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力を頂いております。

☆医療法人 青仁会 池田病院（内科）

鹿屋市下祓川町 1830 番地 Tel0994-43-3434

附則

この規定は、平成30年4月1日から施行する。

【別 表】

【第1号通所事業】 第1号通所事業費

① 利用料金（介護保険1割負担分）

介 護 度	基 本 料 金	
要支援1	384円	1回当たり／1月4回まで
要支援2	395円	1回当たり／1月8回まで
要支援1	1,672円	1月当たり／5回以上
要支援2	3,428円	1月当たり／9回以上

② 加算料金（介護保険1割負担分）

各 種 加 算		基 本 料 金
栄養アセスメント加算		50円（1月当たり）
栄養改善加算		200円（1回当たり・1月に2回を限度）
口腔。栄養スクリーニング加算Ⅰ		20円（1回当たり・6月に1回を限度）
口腔。栄養スクリーニング加算Ⅱ		5円（1回当たり・6月に1回を限度）
科学的介護推進体制加算		40円（1月当たり）
サービス提供体制強化加算Ⅱ	支援1	72円（1月当たり）
	支援2	144円（1月当たり）
介護職員処遇改善加算Ⅰ		1月当たりの料金（食費を除く）に加算率を乗じた額
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ		1月当たりの料金（食費・介護職員処遇改善加算Ⅰを除く）に加算率を乗じた額

※ 加算料金につきましては、個別に相談の上、算定いたします。

⑤ その他の料金（1食当たり）

ア 食事の提供に要する費用・・・550円（おやつ代を含む）

イ「給食利用要望書」提出者・・・100円（弁当・食品等）持ち込みの場合のおやつ代

◆ 他、別途加算サービスについてのご案内 ◆

【指定介護予防通所介護事業】

①栄養アセスメント加算

利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合、1月につき50円の加算をいただきます。

②栄養改善加算

低栄養状態にある利用者またはそれのおそれのある利用者に対して、利用者の低栄養状態の改善を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理（栄養改善サービス）を行った場合、1月に2回を限度として1回に200円いただきます。栄養改善サービスは3月ごとに評価を行い、必要により継続して算定します。

③口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ

利用者の栄養状態について確認を行い、利用者の栄養状態について、担当する介護支援専門員に提供している場合であって、6月に1回を限度とし5円いただきます。

④科学的介護推進体制加算

科学的情報システム（LIFE）を運用し、サービスの質の向上につなげることを目的に、更なる取り組みを評価するものです。1月当たり40円をいただきます。

⑤サービス提供体制強化加算Ⅱ

介護福祉士が50%以上、配置されていることにより、1月当たり支援1は72円・支援2は144円をいただきます。

⑥介護職員処遇改善加算Ⅰ

介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたものであり、基本サービス費に各種加算（上記加算の①から⑧までの加算）を加えた1月当たりの総額に加算率（5.9%）を乗じた額をいただきます。

⑦介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ

介護職員等賃金の改善等を実施している場合、基本サービス費に各種加算（上記加算の①から⑧までの加算）を加えた1ヶ月当たりの総額に加算率（1.2%）を乗じた額をいただきます。

令和 年 月 日

第1号通所事業サービスの提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 デイサービスいきいき館

説明者 職種 _____ 氏 名 _____ (印)

私は、本面書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、第1号通所事業サービスの内容と提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

_____ 氏 名 _____ (印)

_____ 家 族 _____ (印)

_____ 代理人 _____ (印)