

ミニデイサービス 舷揮くん家
鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業
(第一号通所事業)
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4670301573号)

当事業所はご契約者に対して第一号通所事業を提供します。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	4
7. 秘密保持について	5
8. 個人情報の保護について	5
9. 身体拘束その他の行動制限について	5
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	6
12. その他の事項について	6
13. 協力医療機関について	6
別表 利用料金	7
加算サービスについてのご案内	9

当事業所は、ご契約者に対して鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業（国の基準による通所型サービス）（以下「第一号通所事業」という）を提供します。事業所の概要や提供されるサービス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 社会福祉法人 恵仁会
- (2) 法人所在地 鹿児島県鹿屋市下祓川町1800番地
- (3) 電話番号 0994-43-2546
- (4) 代表者氏名 理事長 池田 志保子
- (5) 設立年月日 昭和44年 1月14日

2. 利用施設

- (1) 事業所の種類 鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業
平成22年11月1日指定 鹿屋市 第4670301573号

(2) 目的と基本方針

利用者様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、利用者様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様のご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 第一号通所事業所
ミニデイサービス舷揮くん家
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県鹿屋市祓川町5204番-3
- (5) 電話番号 0994-41-5566
- (6) ファクス番号 0994-41-5656
- (7) 管理者氏名 松島 浩子
- (8) 開設年月日 平成22年11月 1日

(9) 職員配置

職 種	基 準 数
管 理 者	1人
生 活 相 談 員	1人以上
介 護 職 員	1人以上
看 護 職 員	1人以上
機 能 訓 練 指 導 員	1人以上

(10) 営業時間

営業日	日曜日を除く毎日
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時30分～15時40分 ただし、必要に応じて上記サービス提供時間以外でも相談に応じる体制をとる。
事業の実施地域	主に鹿屋市

(11) 施設概要

利用定員	1日あたり15名
建物の構造	木造スレート葺き平屋建て
建物の延べ床面積	478.32㎡

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・ティータイム

(3) 入浴

- ・入浴または清拭を行います。

(4) 食事

当事業所では、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) アクティビティ実施

- ・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

- ・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

- ・利用者様からの相談をはじめ、ご家族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、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。

*別表参照

☆ 利用者様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。

☆万が一、ご契約様からの支払いの滞納が発生した場合には、家族（身元引受人）へ連絡させていただき、利用料金のお支払いをお願いする場合がありますので、ご了承下さい。

☆また3ヶ月以上支払いがない場合には、契約解除となる場合があります。

(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、生活保護受給者及び「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。

③ 通常のサービス提供地域以外への送迎

片道送迎距離が15kmを超える場合は、ご利用1回につき別表に定める額をお支払いいただきます。

(契約時にご相談させていただきます。)

④ 利用者の希望により、利用時間とされる時間を越えてサービスを提供する場合は、別表に定める額をお支払いいただきます。

5. キャンセル料金

☆ 利用者様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、利用者様の急な状態悪化等（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 利用当日8時30分を過ぎて申し出のあった場合	食 事 代
④ 申し出なく休まれた場合	食 事 代

6. 相談・苦情の受け付けについて

(1) 事業所内受け付け機関

○相談・苦情解決責任者 (統括本部長) 林田貴久

○相談・苦情受け付け窓口担当者(管理者) 松島 浩子

受付時間 8:30 ~ 17:30 (緊急時除く)

電話番号 0994-41-5566

(2) 相談・苦情受け付け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。

(3) 当事業所の定める第三者委員に、相談又は苦情を直接申し出ることができます。

※ なお、対応した内容については申し出られた方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。

(4) 行政機関その他の苦情受け付け機関

鹿屋市役所 保険福祉部高齢福祉課地域支 援係	所在地 鹿児島県鹿屋市共栄町20番1号 受付時間 8:30 ~ 17:00 電話番号 0994-43-2111 F A X 0994-41-0701
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 F A X 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 F A X 099-251-6779

(5) 第三者委員の設置

当事業所では、皆様からの相談・苦情に対し公正に対処するために中立的な立場の第三者委員を設置しております。

【第三者委員】

・宇都宮 快昭 (〒893-1207 鹿児島県肝属郡肝付町新富 191 番地 Tel0994-65-2794)

・池畑 春生 (〒893-0026 鹿児島県鹿屋市祓川町 4561-2 Tel0994-43-0315)

7. 秘密保持

- (1) 本事業所の職員は、業務上知り得た利用者様又はそのご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様又はご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、利用者様の個人情報を用いる場合は、利用者様の同意を、利用者様のご家族の個人情報を用いる場合はご家族の同意を、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) 利用者様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様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) 第一号通所事業の提供にあたり、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様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、当該利用者様に対し事前に、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ご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) 利用者に対する第一号通所事業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・当該利用者様のご家族・利用者様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) 利用者に対する第一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。

1 1. 非常災害対策について

第一号通所事業の提供中に、火災・風水害・地震等の災害に対処するための計画を策定し、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。

1 2. 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。
- (4) 歩行の状態によりケアプランに沿って、移動時の付き添い、介助を行いますが、常時の付き添いは難しい為、転倒のリスクは考えられますのでご了承ください。
- (5) 入院や自宅療養、施設等への入所などにより、1ヶ月以上にわたってサービスの利用がない場合には、契約の取り消しとなります。
- (6) 記録物を交付するためには、個人情報に関する開示請求書の提出をして頂きます。尚、複写に関しては実費負担して頂きます。

1 3. 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・整形外科・歯科等)

鹿児島県鹿屋市下祓川町 1830 番地 TEL0994-43-3434

【別表 1】

【第一号通所事業】

① 共通的服务 (1月当たり・介護保険1割負担分)

介護度	基本料金
総合事業対象者	1,655円 (月に1~4回迄の場合380円/回)
要支援1	1,655円 (月に1~4回迄の場合380円/回)
要支援2	3,393円 (月に1~8回迄の場合391円/回)

② サービス提供体制加算 I

基準内容	要支援1	要支援2
(I) イ 介護福祉士が50%以上配置されていること	72円	144円

介護処遇改善費加算

第一号通所事業	介護報酬処遇改善加算 I	5.9%
	介護職員等特定処遇改善加算 I	1.2%

③ その他の加算 (1月当たり・介護保険1割負担分)

各種加算	基本料金
生活機能向上グループ活動加算	100円
栄養改善加算	150円
栄養スクリーニング加算	5円 (6ヶ月毎に)

④ その他の料金

食事の提供に関する費用 (1食あたり)

- ア 食事の提供に要する費用 (おやつ代を含む) 600円
- イ 生活保護受給者 (食事・おやつ代を含む) 300円
- ウ 給食利用要望書提出者 (弁当・食品等持込の場合のおやつ代) . . . 100円

※ 通常のサービス提供地区以外への送迎

- 15kmを超える場合利用回につき 500円

【別表 2】

【第一号通所事業】

① 共通的服务（1月当たり・介護保険2割負担分）

介護度	基本料金
総合事業対象者	3,310円（月に1～4回返の場合760円/回）
要支援1	3,310円（月に1～4回返の場合760円/回）
要支援2	6,786円（月に1～8回返の場合782円/回）

② サービス提供体制加算 I（介護保険2割負担分）

基準内容	要支援1	要支援2
(I) イ 介護福祉士が50%以上配置されていること	144円	288円

③ 介護処遇改善費加算

第一号通所事業	介護職員処遇改善加算 I	5.9%
	介護職員等特定処遇改善加算 I	1.2%

④ その他の加算（1月当たり・介護保険2割負担分）

各種加算	基本料金
生活機能向上グループ活動加算	200円
栄養改善加算	300円
栄養スクリーニング加算	10円（6ヶ月毎に）

⑤ その他の料金

食事の提供に関する費用（1食あたり）

- ア 食事の提供に要する費用（おやつ代を含む）・・・・・・・・・・600円
- イ 給食利用要望書提出者（弁当・食品等持込の場合のおやつ代）・・・100円

※ 通常的服務提供地区以外への送迎

15kmを超える場合利用回につき・・・・・・・・・・500円

【別表 3】

【第一号通所事業】

① 共通的服务（1月当たり・介護保険3割負担分）

介護度	基本料金
総合事業対象者	4,965円（1月に4回返の場合1,140円/回）
要支援1	4,965円（1月に4回返の場合1,140円/回）
要支援2	10,179円（1月に1～8回返の場合1,173円/回）

② サービス提供体制加算 I（介護保険3割負担分）

基準内容	要支援1	要支援2
(I) イ 介護福祉士が50%以上配置されていること	216円	432円

③ 介護職員処遇改善加算

第一号通所事業	介護職員処遇改善加算 I	5.9%
	介護職員等特定処遇改善加算 I	1.2%

④ その他の加算（1月当たり・介護保険3割負担分）

加算	基本料金
生活機能向上グループ活動加算	300円
栄養改善加算	450円
栄養スクリーニング加算	15円（6ヶ月毎に）

⑤ その他の料金

(1) 食事の提供に関する費用（1食あたり）

- ア 食事の提供に要する費用（おやつ代を含む）・・・・・・・・・・ 500円
- イ 給食利用要望書提出者（弁当・食品等持込の場合のおやつ代）・・・ 100円

(2) 通常サービス提供地区以外への送迎

- ア 15kmを超える場合利用回につき・・・・・・・・・・ 500円

◆ 加算サービスについてのご案内 ◆

【第一号通所事業】

《介護職員処遇改善加算Ⅰ》

介護報酬改定による処遇改善に加えて、介護職員と他業種との賃金格差をさらに縮め、介護が確固とした雇用の場として成長していくための加算になります。

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして、平成33年3月31日までの間、介護職員処遇改善加算を創設する。

(料 金)

～ 一月につき ～

所定単位（加算を含む基本単位） × 59 / 1000 = 介護職員処遇改善加算料金

《介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ》

厚生労働大臣が定める介護人材確保の為の取り組みとして、より一層進めるため、経験・技能のある介護職員の賃金の改善など、処遇改善に使用する目的で介護報酬の自己負担合計に対しての加算になります。

上記の内容は、令和2年5月までの期間対象です。令和2年4月分（賃金改善は令和2年6月以降）からはまた、内容が変更する可能性があります。

～ 一月につき ～

所定単位（加算を含む基本単位） × 12 / 1000 = 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ料金

《生活機能向上グループ活動加算》

利用者の生活機能の向上を目的として、共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して日常生活上の支援のための活動を実施した場合には、一月につき1000円の加算料金を頂くことになります。

《栄養改善加算・栄養スクリーニング加算》

栄養改善加算は栄養スクリーニングにより低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められ管理栄養士による利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮し栄養ケア計画を作成・実施した場合1月に2回を限度とし算定致します。栄養スクリーニング加算は栄養士以外の職員が利用者の栄養スクリーニングを行い介護支援専門員に栄養状態に係る情報提供を文章で共有した場合6月に一度算定いたします。

この重要事項説明書は令和2年4月1日より施行する。

同意・交付年月日

令和 年 月 日

第一号通所事業の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

法人名 社会福祉法人恵仁会
代表者 理事長 池田 志保子

第一号通所事業所名 ミニデイサービス 舷揮くん家

説明者 職種・氏名 管理者 松島 浩子 ㊞

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、第一号通所事業の提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

契約者 住所 _____
(利用者)

氏名 _____ ㊞

家族等 住所 _____
(身元引受人)

氏名 _____ ㊞

続柄 _____