

ミニデイサービス 舷揮くん家

指定地域密着型通所介護事業所重要事項説明書

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指定地域密着型通所介護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	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. 契約の終了について	5
10. 虐待防止について	5
11. 身体拘束その他の行動制限、虐待防止のための措置	5
12. 事故発生予防・事故発生時の対応	6
13. 非常災害時の対応について	6
14. 運営推進会議の設置について	6
15. その他の事項について	6
16. 協力医療機関について	7
17. 生産性向上の取り組みについて	7
18. 加算サービスについてのご案内	8

当事業所は、ご契約者に対して地域密着型通所介護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. 事業所経営法人

- (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. 利用事業所

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所
平成22年11月1日指定 鹿児島県 第4670301573号
平成28年4月1日指定 鹿屋市 第4670301573号

(2) 目的と基本方針

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 指定地域密着型通所介護事業所 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) FAX番号 0994-41-5656

- (7) 管理者氏名 迫田 紅実

- (8) 開設年月日 平成22年11月1日

(9) 職員配置

職 種	体 制
管 理 者	1人(常勤兼務)
生 活 相 談 員	1人以上(兼務)
介 護 職 員	2人以上
看 護 職 員	1人以上(兼務)
機 能 訓 練 指 導 員	1人以上(兼務)

(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～16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	鹿屋市

(11) 施設概要

利用定員	1日あたり18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㎡

(12) 第三者評価

本事業所は福祉サービス第三者評価を受審し、事業運営における課題の把握やサービスの質の向上を目的とし福祉サービスの内容や質を公表しております。

福祉サービス第三者評価の実施状況

実施年月日： 令和6年12月14日

評価機関名称：NPO 法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構

結果の開示： ホームページ「福祉保健医療情報ネットワークシステム（ワムネット）」に掲載

アドレス <http://www.wam.go.jp>

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) 個別機能訓練

- ・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

- ・利用者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

- ・利用者からの相談をはじめ、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、健康に関するご相談もお受けします。

4. 利用料金

- (1) 別紙利用料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護給付費額を除いた金額（介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証に則った負担割合に応じた自己負担分の金額）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。
- ☆ 利用者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、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。(契約時に説明させていただきます。)

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 利用日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 利用日当日8時30分を過ぎて申し出のあった場合	食 事 代
③ 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) 事業所内受付機関

○相談・苦情解決責任者 (統括本部長) 林田貴久

○相談・苦情受付窓口担当者(管理者) 迫田紅実

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。

(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付機関

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。
- (3) サービス提供について記録の開示をご希望の場合、個人情報に関する開示請求書を郵送で提出していただく必要があります。また、開示に要する費用は負担をしていただきます。

9. 契約の終了について

利用者は、事業者に対して1週間の予告期間において、本契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事由が生じた場合は予告期間が1週間以内の通知でも、本契約を解約することができます。また契約第11条(契約の終了)に該当する場合契約は終了致します

10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 迫田 紅実
-------------	-----------

- ② 虐待防止に関する指針を整備しています。
- ③ 成年後見制度の利用を支援します。
- ④ 苦情解決体制を整備しています。
- ⑤ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11. 身体拘束その他の行動制限・虐待防止のための措置

- (1) 地域密着型通所介護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、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。

又この場合は、事前又は事後速やかに、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) 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 利用者様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様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
- (4) 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため指針を整備し、対策を検討する委員会（テレビ電話措置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知を図ります。また従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

1 2. 事故発生予防・事故発生時の対応

- (1) 当事業所は事故防止・対応を図るため安全管理委員会を設置し、指針に基づき対応を図ります。
- (2) 利用者に対する地域密着型通所介護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・当該利用者様のご家族・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。
- (3) 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。
- (4) 利用者に対する地域密着型通所介護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 3. 非常災害時の対応

地域密着型通所介護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。

また、感染症予防及び蔓延のための対策を検討する委員会を6月に1回スタッフへ周知徹底行えるよう指針整備を行い、定期的に研修や訓練を行う事でサービスを継続的に提供できる体制を構築していきます。

1 4. 運営推進会議の設置

当事業所では地域密着型通所サービスの提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記の通りに運営推進会議を設置しています。

【運営推進会議】

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員等。

開催：6ヶ月に1回以上。

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。記録は事務所において閲覧できます。

1 5. 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、家族へ連絡の上、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。

16. 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。

☆社会医療法人 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

17. 生産性向上の取り組みについて

事業所は、利用者の安全、介護サービス質の確保と、看護現場における生産性の向上の為のための以下の取り組みに努めていくものとする。

- (1) テレワークの取り扱い等の介護サービスの質の確保と職員負担軽減の取り組み。
- (2) 見守り機能等のテクノロジー導入による利用者の安全確保・職員間の役割の明確化など効率的なサービス提供への取り組み。
- (3) 生産性向上ガイドラインに基づいた継続的な改善活動の取り組み。

◆ 加算サービスについてのご案内 ◆

【指定地域密着型介護通所介護事業】

① 入浴加算（Ⅰ）・（Ⅱ）

利用者の居宅を訪問し、浴室の環境・動作の評価を行い、個別の入浴計画を作成し、特性やニーズに応じた入浴介助サービスの提供を行います。

② 個別機能訓練加算

提供時間帯を通じて、（Ⅰ）イ 専従1名以上配置（配置時間の定めなし）：（Ⅰ）ロ 専従1名以上配置（配置時間の定めなし）イに加えて専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置して機能訓練を行います。居宅を訪問した上で多職種共同でのアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成します。

上記に加えて、個別機能訓練等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている事で個別機能訓練Ⅱを算定いたします。

③ ADL維持加算

自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した方のうち日常生活動作の維持又は改善の度合いが一定水準を超えた場合算定いたします。測定・評価の結果を測定月ごとに厚生労働省に提出しフィードバックを受けます。

④ 口腔・栄養スクリーニング加算

介護サービス事業所の従業員が利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している事で6月に一度算定いたします。

⑤ 栄養アセスメント加算

管理栄養士が介護職員等と共同して、利用者ごとに栄養アセスメントを3ヶ月に1回以上行うことで月に一度算定いたします。

⑥ 栄養改善加算

栄養状態の改善が必要と認められる利用者に対して、管理栄養士が中心となり、他職種が連携して個別の栄養管理・支援を行った場合に算定いたします。

⑦ 若年性認知症利用者受入加算

45歳～65歳未満の初老期における認知症利用者に対し個別に担当者を定め、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供をしたときに算定いたします。

⑧ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの日常生活動作、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身状況等に係る基本的な情報厚生労働省に提出し、また必要に応じてサービス計画を見直すなど、その情報やサービスを提供するために必要な情報を活用している事で算定いたします。

[別途加算]

⑨ サービス提供体制加算

介護職員の配置・資格保有状況等が一定の基準を満たしていることにより、介護保険制度に基づいて算定いたします。

⑩ 介護職員等処遇改善加算

介護職員等の賃金改善及び職場環境等の改善を目的として、算定いたします。

⑪ 時間延長サービス利用料金

利用時間が9時間を超えるサービスについては、延長料金が発生します。

附則

この重要事項説明書は令和5年4月1日より施行する。

この重要事項説明書は令和6年4月1日より施行する。

この重要事項説明書は令和6年8月1日より施行する。

この重要事項説明書は令和8年1月1日より施行する。

この重要事項説明書は令和8年4月1日より施行する。

同意・交付年月日

令和 年 月 日

地域密着型通所介護サービスの提供開始に際し、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
事業所名 指定地域密着型通所介護事業所 ミニデイサービス 舷揮くん家
住所 鹿屋市祓川町5204番地3

説明者 職種・氏名 管理者 迫田 紅実

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、地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

注) 署名をもって印の代替えとし、署名は真正の意味を示すものとします。

契約者 住所
(利用者)

氏名

家族等 住所
(身元引受人)

氏名

続柄