

「指定通所介護」 及び 「指定介護予防通所介護」

重要事項説明書

指定通所介護事業者及び指定介護予防通所介護事業者

ぼんてん荘デイサービスセンター

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 松緑福社会
- (2) 法人所在地 青森県上北郡六ヶ所村大字出戸字棚沢130-23
- (3) 電話番号 0175-72-4700
- (4) 代表者氏名 理事長 木村 廣正
- (5) 設立年月 平成4年1月30日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類
 - ・指定通所介護 平成12年3月16日
指定青森県第 0272500604号
 - ・指定介護予防通所介護 平成18年4月1日
指定青森県第 0272500604号
- ※当事業所は運動器機能向上サービスを実施しています

- (2) 事業所の目的 通所介護及び介護予防通所介護の事業は、要介護状態又は支援常態となった場合においても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た入浴・排泄・食事その他の日常生活上の支援を及び機能訓練を行う事により自立支援を促す。
利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能向上・維持・予防を図る。又、利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る事を目的とする。

- (3) 事業所の名称 ぼんてん荘デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 青森県上北郡六ヶ所村大字出戸字棚沢130-16
- (5) 電話番号 0175-72-3886
- (6) 事業所長 佐々木 薫

(7) 当事業者の運営方針

- ①指定通所介護（指定介護予防）の提供にあたり、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活を営む上で必要な支援及び援助を適切に行なうものとする。
- ②指定通所介護（指定介護予防）の提供を行なうにあたっては、通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその方が日常生活に必要な支援及び援助を行なうものとする。

- ③指定通所介護（指定介護予防）の作成後は、当該通所介護計画（予防計画）の実施状況の把握（モニタリング）を行い、結果を指定通所介護（予防支援事業者）に報告するものとする。
- ④指定通所介護（指定介護予防）の提供にあたっては、懇切丁寧に行なう事を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行なうものとする。
- ⑤指定通所介護（指定介護予防）の提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行なうものとする。
- ⑥指定通所介護（指定介護予防）の提供にあたっては、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談・援助等の生活指導、機能訓練、創作活動、社会適応訓練、その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供するものとするよう体制を整えることとする。
- ⑦指定通所介護（指定介護予防）の事業の運営にあたっては、自らその提供する指定通所介護（指定介護予防）の評価を行い常にその改善を図るものとする。

(8) 開設年月 平成 7年4月1日（指定通所介護）
平成 18年4月1日（指定予防通所介護）

(9) 利用定員 指定通所介護及び介護予防を含めて 25人

3、事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 六ヶ所村全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日【土・日・年末年始（12/31～1/2）を除く】
受付時間	8：15～17：15
サービス提供時間	9：00～16：00

4、職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定訪問入浴介護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。

職種	職員数
1. 所長	1人（兼務）
2. 生活相談員	2人（兼務1人）
3. 介護職員	3人（兼務1人）
4. 看護職員	1人
5. 機能訓練指導員	1人
6. 栄養士	1人
7. 調理員	1人

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制		
1. 生活相談員	勤務時間	早 番	7 : 5 0 ~ 1 6 : 5 0
2. 介護職員	勤務時間	日勤1	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
3. 看護職員	勤務時間	日勤2	8 : 1 5 ~ 1 7 : 1 5
4. 機能訓練指導員	勤務時間	日勤	8 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 ※職種3.4

5、当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

利用料金が介護保険から給付される場合

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
 (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付となるサービス (契約書第4条参照)

以下のサービスについては利用料金の大部分 (通常 9 割) が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食事

- ・ 当事業所では栄養士の立てる献立により、栄養並びにご契約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。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂又は、デイルームにて食事をとっていただきます。 食事時間 11 : 5 0 ~ 1 2 : 3 0

②入浴

- ・ 入浴・清拭・髭剃りをおこないます。又、Dr. の指示により褥瘡等の処置を行います。 離床困難な方 (機械浴槽)・経管栄養者の方も個々適応した入浴をする事ができます。

② 排泄

- ・ 排泄の自立を促すためご契約者の状況に応じた声掛け・誘導・介助をおこないます。

③ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて、個別機能訓練計画を作成し、日常生活を送るために必要な機能回復訓練・又は、その低下防止、維持向上訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・ 看護職員が健康チェック (血圧・体温) をおこないます。
- ・ 月一回の体重測定・動脈血酸素飽和度の測定を行い異常の早期発見に努めます。

6. 利用料金のお支払方法（契約書第7条参照）

○サービス利用料金は一ヶ月単位で翌月の支払いとなります。

7. 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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の実施日の1週間前までに事業者申し出てください。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間サービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

<サービスの利用料金（1回あたり）> 契約書第6条参照

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費を除いた金額（自己負担）をお支払いください。

上記サービスの料金は要介護度に応じて異なります。

★サービス提供時間 7時間以上8時間未満 指定通所介護基本サービス

1、ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2、介護保険からの給付額	6,580円	7,770円	9,000円	10,023円	11,480円
3、サービス利用に係る自己負担額（1-2）	5,922円	6,993円	8,100円	9,230円	10,332円
	658円	777円	900円	1,023円	1,148円

1、加算対象サービスと 利用料金	2、介護保険から給付 される金額	3、サービス利用に係る 自己負担額（1-2）
入浴介助加算Ⅰ 400円	360円	40円
入浴介助加算Ⅱ 550円	495円	55円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 560円	504円	56円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ 850円	765円	85円
個別機能訓練加算Ⅱ 200円	180円	20円
科学的介護推進体制加算 （月）400円	360円	40円
生活機能向上連携加算 （Ⅰ）1,000円	900円	100円
生活機能向上連携加算 （Ⅱ）2,000円	1,800円	200円
口腔機能向上加算（Ⅰ） （2回まで） 1,500円	1,350円	150円
口腔機能向上加算（Ⅱ） （回） 1,600円	1,440円	160円
口腔・栄養スクリーニング 加算（Ⅰ）（回）200円	180円	20円
口腔・栄養スクリーニング 加算（Ⅱ）（回）50円	45円	5円
栄養アセスメント加算 （月）500円	450円	50円
栄養改善加算（回） 2,000円	1,800円	200円
サービス提供体制強化加算 （Ⅰ）220円	198円	22円
サービス提供体制強化加算 （Ⅱ）180円	162円	18円
サービス提供体制強化加算 （Ⅲ）60円	54円	6円
ADL維持加算（Ⅰ） 300円	270円	30円
ADL維持加算（Ⅱ） 600円	540円	60円

※介護職員処遇改善加算は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に
6.4%を、乗じ、その1割を負担していただきます。

★指定介護予防通所介護基本サービス

ご契約者の要支援度と 利用料金 (一ヶ月)	要支援1 17,980円	要支援2	
		週1回	週2回
		17,980円	36,210円
サービス利用に係る 自己負担額 (一ヶ月)	1,798円	1,798円	3,621円
口腔機能向上加算Ⅰ (月1回)	150円	150円	150円
科学的介護推進体制加算 (月1回)	400円	400円	400円
サービス提供体制加算Ⅰ (一ヶ月)	Ⅰ1	Ⅰ/2 2	Ⅰ2
	88円	88円	176円

※介護職員処遇改善加算は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に6.4%を、乗じ、その1割を負担していただきます。

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護又は、要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額から払い戻されます（償還払い）。又、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆ 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、ご契約者の負担額を変更します。

※介護保険からの給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

(1) 食事の提供

ご契約者に提供する食事の費用は、食材料費として一食550円いただきます。

ご契約者の希望によりレクリエーション、行事に参加していただく事ができます。

- ・レクリエーション：場合によって材料代等の実費をいただきます。
- ・行事：場合によって自己負担があります。

(2) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

- ・利用料金は一ヶ月単位のサービス利用終了月の翌月払いとなります。

(3) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

- ・利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護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事ができます。この場合にはサービス実施日の一週間前までに事業所に申し出てください。
- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して事業所の稼動状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者に提示して協議する。
- ・介護予防通所介護契約者の体調不良や状態の改善により計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は、多かった場合であっても、日割りでの割り引き又は、増額はしません。
- ・介護予防通所介護計画者の状態の変化により、サービス提供量が介護予防通所介護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うえ、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、要介護認定の援助等必要な支援をおこないます。
- ・介護予防通所介護契約者は月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても、以下の該当する場合を除いては原則として、日割り計算は行いません。
 - ① 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
 - ② 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
 - ③ 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- ・介護予防通所介護契約者が月途中で介護度が変わった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。
- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

8、守秘義務について

(1) 事業所及びサービス従事者又は、通所介護（予防介護）サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。

この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

(2) 事業所では、ご契約者に医療上緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身の情報を提供できるものとします。

(3) 前 2 項にかかわらず、契約者に係る他の居宅介護支援事業所との連帯を図るなどの正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者の家族等の情報を必要最小範囲以内で用いる事ができるものとします。(別添 同意書)

9、苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付します。

○ 苦情受付窓口（担当者）

生活相談員

○ 受付時間 毎週 月曜日～金曜日 8：15～17：15

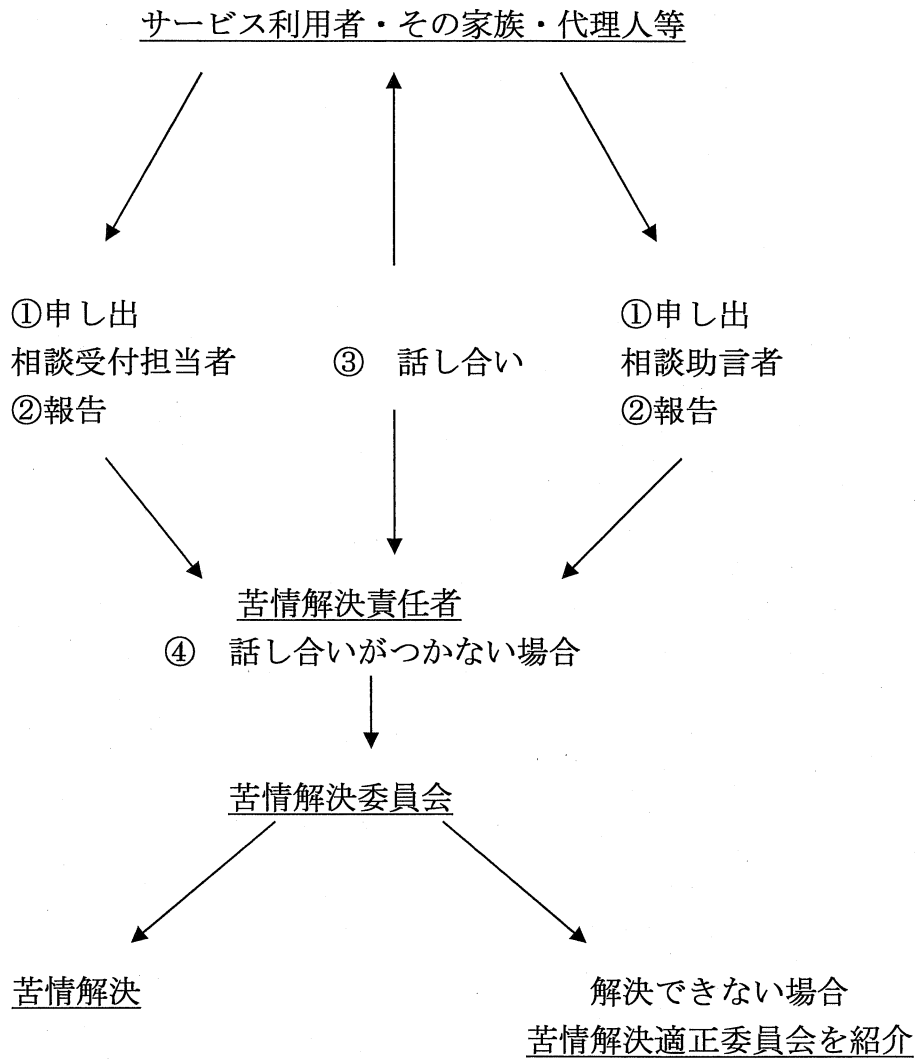
苦情受付体制

第三者委員	1 外部委員		
第三者委員	2 外部委員		
苦情受付責任者	所長	ぼんてん荘デイサービスセンター	0175-72-3886
苦情受付担当者	生活相談員	ぼんてん荘デイサービスセンター	0175-72-3886

行政機関・苦情受付機関

六ヶ所村役場福祉課	六ヶ所村大字尾駸字野附 475	0175-72-2111
国民健康保険連合会	青森市新町 2 丁目 4-1	017-723-1336

相談及び苦情解決までの流れ



10、緊急時における対応

サービス提供中にご契約者の状態が急変した場合は必要に応じて速やかに主治医、協力医療機関、救援隊、ご家族、管理者、居宅介護支援事業所に早急に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

主治医	氏名			
	連絡先		電話	
ご家族	氏名			
	連絡先		電話	

1 1、事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に早急に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対して等事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお等事業所は社会福祉法人全国社会福祉協議会の「しせつ損害補償」に加入し、損害賠償保険を結んでいます。

個人情報にかかる同意

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲以内で使用する事を同意します。

記

1、 使用目的

- (1) 介護サービスの提供にあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者等との間で開催されるサービス担当者会議等において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記（1）の外、介護支援専門員又は、介護サービス事業者等との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、体調等を崩し又は怪我等で通院した場合、医師・看護師等に説明する場合。

2、 個人情報提供範囲（上記1の目的により）

- | | |
|-----------------|------------------|
| (1) 六ヶ所村地域ケア会議 | (4) 指定サービス事業者 |
| (2) サービス担当者会議 | (5) 病院又は診療所 |
| (3) 指定居宅介護支援事業所 | (6) 民生委員（必要に応じて） |

3、 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4、 使用する条件

- (1) 個人情報の利用にあたっては、必要最小限の範囲以内で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うとともに、サービス提供に関する目的以外に使用しません。
- (2) 個人に関する情報資料を厳重に管理し、適切に保管します。

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 ぼんてん荘デイサービスセンター
住 所 上北郡六ヶ所村大字出戸字棚沢130番16

説明者 職名 生活相談員 印

私は、本書面に基づき重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

※令和3年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字、ゴム印又は代筆）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者の家族等 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____