

【重要事項説明書】

（事業の目的）

デイサービスみあらかは、要介護状態にある利用者に対し、日常生活上の支援及び機能訓練等を提供することにより、利用者が可能な限り住み慣れた地域及び居宅において、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支援することを目的とします。

（運営方針）

当事業所は、利用者一人ひとりの心身の状況及び希望を踏まえた通所介護計画を作成し、計画的にサービスを提供します。

サービスの提供に当たっては、利用者の人格を尊重し、関係市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及び福祉サービス事業者等との連携を図り、サービスの質の向上に努めます。また、虐待防止、身体拘束等の適正化、感染症対策及び業務継続計画（BCP）の整備を行い、安全かつ適切なサービスを提供します。

（事業所の概要）

事業所名 デイサービスみあらか

所在地 福岡県宗像市東郷3丁目6番14号

電話番号 0940-51-3281

（職員体制）

・管理者 1名

管理者は、この事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

・生活相談員 1名以上

生活相談員は、利用者の生活の向上を図るため適切な相談、援助その他指定通所介護の提供を行う。

・看護職員 1名以上

看護職員は、看護その他の指定通所介護の提供に当たる。

・介護職員 10名以上

介護職員は、介護その他の指定通所介護の提供に当たる。

・機能訓練指導員 1名以上

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練、指導、助言を行う。

当事業所の従業者の勤務体制は、勤務表により定めています。各職種について、指定基準に定められた必要な人員を確保し、適切にサービスを提供します。

（営業日及び営業時間）

営業日

月曜日～土曜日（12月30日～1月3日を除く）

営業時間

午前8時15分～午後5時15分

サービス提供時間

午前9時15分～午後4時30分

(利用定員)

- ・通所介護 58 名
- ・通所型サービス A 2 名

(サービス内容)

- ・通所介護計画の作成
- ・健康状態の確認
- ・食事の提供
- ・入浴介助
- ・排泄等々の日常生活上の介護
- ・機能訓練
- ・送迎
- ・生活相談及び介護相談

(利用料金)

介護保険法に定める利用者負担割合（1割・2割・3割）に応じた自己負担額となります。また、食費、おむつ代その他日常生活上必要となる費用については、別途ご負担いただきます。
料金の詳細は〈別添 1.2〉料金表のとおりです。

(通常の事業の実施地域)

宗像市及び福津市（離島を除く）

(サービス利用に当たっての留意事項)

- ・体調に変化があった場合は速やかにご連絡ください。
- ・他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮ください。
- ・飲酒は禁止します。
- ・喫煙は事業所が指定する場所及び時間のみ可能です。

(緊急時及び事故発生時の対応)

サービス提供中に利用者の病状の急変又は事故等が発生した場合は、主治医、ご家族、関係機関等へ速やかに連絡し、必要な措置を講じます。また、事故の状況を記録し、再発防止に努めます。

(非常災害対策)

火災、地震、風水害等に備え、防災計画を策定するとともに、避難・消火訓練を定期的実施します。

(虐待防止及び身体拘束等の適正化)

当事業所は、利用者の人権を擁護し、虐待の発生及び再発防止並びに身体拘束等の適正化を図るため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施及び担当者の配置を行います。
また、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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合は、その態様、時間、理由等を記録し、適正な手続により実施します。

（苦情処理及び相談窓口）

利用者やその家族からの苦情等に迅速かつ適切に対応するため、事業所に苦情受付窓口を設置します。苦情の内容および対応状況を記録し、台帳に保管するとともに、再発防止に努めます。

詳細は、＜別添 3＞「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」によります。

（秘密保持及び個人情報の取扱い）

当事業所の従業者は、正当な理由なく、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らしません。退職後も同様とします。また、利用者及びその家族の個人情報については、関係法令を遵守し、適切に管理します。

（第三者評価の実施状況）

第三者評価：未実施

（その他運営に関する重要事項）

- ・感染症の予防及びまん延防止のため、委員会の開催、指針の整備、研修及び訓練を実施します。
- ・感染症及び災害発生時に備え、業務継続計画（BCP）を策定し、定期的な研修・訓練及び見直しを実施します。
- ・サービス提供に関する記録は、関係法令に基づき適切に保存します。
- ・職員の資質向上のため、採用時研修及び継続研修を実施します。

〈別添1〉 通所介護事業所利用料金表

1 厚生労働大臣の定める基準によるもの（単位数）

(1) 大規模型通所介護(Ⅱ)

所要時間	要介護度	基本料金	利用者1 割負担額 (円)	利用者2 割負担額 (円)	利用者3 割負担額 (円)
3時間以上 4時間未満	要介護1	345	345	690	1,035
	要介護2	395	395	790	1,185
	要介護3	446	446	892	1,338
	要介護4	495	495	990	1,485
	要介護5	549	549	1,098	1,647
4時間以上 5時間未満	要介護1	362	362	724	1,086
	要介護2	414	414	828	1,242
	要介護3	468	468	936	1,404
	要介護4	521	521	1,042	1,563
	要介護5	575	575	1,150	1,725
5時間以上 6時間未満	要介護1	525	525	1,050	1,575
	要介護2	620	620	1,240	1,860
	要介護3	715	715	1,430	2,145
	要介護4	812	812	1,624	2,436
	要介護5	907	907	1,814	2,721
6時間以上 7時間未満	要介護1	543	543	1,086	1,629
	要介護2	641	641	1,282	1,923
	要介護3	740	740	1,480	2,220
	要介護4	839	839	1,678	2,517
	要介護5	939	939	1,878	2,817
7時間以上 8時間未満	要介護1	607	607	1,214	1,821
	要介護2	716	716	1,432	2,148
	要介護3	830	830	1,660	2,490
	要介護4	946	946	1,892	2,838
	要介護5	1,059	1,059	2,118	3,177

※上記の所要期間には、送迎時に居宅内で着替えや移乗、移動などに時間を要した場合には、30分を上限として含まれることがあります。

- | | |
|--------------------|---------------|
| (2) サービス提供体制強化加算Ⅱ | 18 単位加算/1回につき |
| (3) 入浴介助加算Ⅰ | 40 単位加算/1回につき |
| (4) 個別機能訓練加算Ⅰ(イ) | 56 単位加算/1回につき |
| (5) 個別機能訓練加算Ⅱ | 20 単位加算/1月につき |
| (6) 科学的介護推進体制加算 | 40 単位加算/1月につき |
| (7) 送迎不実施減算(片道につき) | 47 単位減算/1回につき |
| (8) 介護職員処遇改善加算Ⅰロ | 単位数の12.0% 加算 |

利用料金は上表の単位数に1単位あたりの単価10.00円を乗じて算定し、利用者負担はその1割、2割又は3割の額となります。また、入浴等のサービスを提供しなかった場合は、その部分の加算はありません。

2 その他の費用

厚生労働大臣の定める基準によるもののほかに以下の費用がかかります。

食事代		600円
通常事業の実施地域以外の地域に係る送迎の追加費用	実施地域以外から片道10km以下のとき	無料
	実施地域以外から片道10kmを超えるとき	300円(往復)
オムツ代		実費(200円程度)

※ その他日常生活においても通常必要となるものに係る費用の負担をお願いすることがあります。

〈別添2〉 日常生活総合支援事業第一号事業所利用料金表

1 厚生労働大臣の定める基準によるもの（単位数）

(1) 1ヵ月の料金

要介護度	基本料金	利用者1 割負担額 (円)	利用者2 割負担額 (円)	利用者3 割負担額 (円)
要支援1	1,798	1,798	3,596	5,394
要支援2	3,621	3,621	7,242	10,863

(2) 介護職員処遇改善加算Ⅰロ 単位数の12.0% 加算

(3) サービス提供体制強化加算Ⅱ 72 又は 144単位加算/1月につき

(4) 科学的介護推進体制加算 40 単位加算/1月につき

(5) 送迎不実施減算（片道につき） 47 単位減算/1回につき

1回利用の料金

要介護度	基本料金	利用者1 割負担額 (円)	利用者2 割負担額 (円)	利用者3 割負担額 (円)
-	363	363	726	1,089

利用料金は上表の単位数に1単位あたりの単価10.00円を乗じて算定し、利用者負担はその1割、2割又は3割の額となります。また、加算料金については、サービスを提供しなかった場合は、その部分の加算はありません。

2 その他の費用

厚生労働大臣の定める基準によるもののほかに以下の費用がかかります。

食事代		600円
通常事業の実施地域以外の地域に係る送迎の追加費用	実施地域以外から片道10km以下のとき	無料
	実施地域以外から片道10kmを超えるととき	300円(往復)
オムツ代		実費（200円程度）

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	デイサービスみあらか
申請するサービス種類	通所介護、日常生活支援総合事業第一号通所事業

措 置 の 概 要

〈

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いている。また担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぐようにする。

苦情の受付は口頭でも行うが窓口に「苦情・要望箱」を設置し、文書による苦情・要望にも応えられるよう対応する。

営業日、営業時間以外についても、転送電話、留守番電話で応対し、後日速やかに対応する。

電 話 番 号 : 0940-51-3281

相 談 担 当 者 : 池本 展明

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

① 苦情があった場合は、直ちに相談担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当の職員からも事情を確認する。

② 苦情内容については管理者に報告するとともに、相談担当者が必要があると判断した場合は、事業所の職員全員で検討会議を行う。

③ 検討の結果等を踏まえて、必ず翌日までに具体的な対応をする（利用者に謝罪に行く、改善の取り組みの報告等）。

④ 記録を台帳（パソコンのデータベース）に保管し、再発防止と今後の改善に役立てる。

3 その他参考事項

普段から苦情が出ないように、利用者の立場に立ったサービス提供を心掛ける。

① 毎日の朝礼で重要伝達事項の確認を行う。

② 従業者の資質の向上のための研修機会を確保する。

- ・ 新規従業者においては、30 日間の研修期間を設け、十分な知識・技能を身に付けたうえで利用者に対応する。

- ・ 全従業者を対象に、職場研修を年 10 回行う。

4 公的機関の相談窓口

宗像市役所

〒811-3492 福岡県宗像市東郷一丁目 1 番 1 号

高齢者支援課 TEL 0940-36-9288 FAX 0940-36-2410

介護保険課 TEL 0940-36-4877 FAX 0940-36-2410

福津市役所

〒811-3293 福岡県福津市中央 1 丁目 1 番 1 号

高齢者サービス課介護保険係

TEL 0940-43-8191 FAX 0940-34-3881

福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険相談窓口

〒812-8521 福岡県博多区吉塚本町 13 番 47 号

TEL 092-642-7859 FAX 092-642-7856

福岡県社会福祉協議会(福岡県運営適正化委員会事務局)

〒816-0804 福岡県春日市原町 3 丁目 1 番 7 クローバープラザ 6 階

TEL 092-915-3511 FAX 092-584-3790

同意事項

通所介護事業サービスの実施にあたり、下記各項目についてご同意をいただく必要があります。

③については該当欄にレ点をご記入ください。

①送迎について

- ・原則として、玄関の中までのお迎え、お送りを致します。
- ・身体的・環境的等の事情がある場合は、ご本人・ご家族と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供いたします。
- ・天候、季節により身体に影響を及ぼす場合がありますので、自宅の中でお待ち下さい。
- ・お迎え時間は、連絡帳での書面又は、電話にて連絡いたします。
交通事情等で10分以上遅れる場合には、連絡いたします。
10分以内の連絡は、ご承知ください。
- ・乗車中は、全席シートベルトを必ず着用してください。

②個人情報について

利用者及びその家族等の個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては、関係者以外の者にもれることないように細心の注意を払います。

使用目的

- ・利用者様のサービス提供をさせて頂く為、実施されるサービス担当者会議。
- ・緊急時の医療機関等の情報提供。
- ・教育・研究発表において必要な場合。(住所・氏名・電話番号は公表致しません)
- ・施設運営の為、必要最低限の情報と考えられるもの。

③写真掲載等の承諾について

サービスご利用時の様子や活動内容の紹介を目的として、利用者様の写真および映像をホームページ、Instagram等のSNS、広報物に掲載させていただく場合があります。

- ☐顔が分かる写真・映像の使用に同意します。
- ☐顔が分からないように配慮されていれば同意します。
- ☐写真・映像の使用には同意しません。

令和 年 月 日

指定通所介護及び日常生活支援総合事業第一号事業サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき契約書及び重要事項の説明を行いました。

デイサービス みあらか

説明者 職名

氏名

私は、本書面に基づいて事業者から契約書及び重要事項の説明を受け、指定通所介護及び日常生活支援総合事業第一号事業サービスの提供開始、同意事項に同意しました。

ご利用者 住所

電話番号

携帯番号

氏名

印

代筆者様 住所

電話番号

携帯番号

氏名

印 (続柄)

ご家族様 住所

電話番号

携帯番号

氏名

印 (続柄)