

重要事項説明書
地域密着型通所介護、介護予防型通所サービス

あなたに対するサービス提供開始にあたり、介護保険法令に基づき、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

名 称	社会福祉法人Flower
所 在 地	924-0801 石川県白山市田中町123番地10
代 表 者 職 氏 名	理事長 高 畠 樹
設 立 年 月 日	平成 27年 4月 23日
電 話 番 号	076-275-7007
F A X 番 号	076-275-7030

2. 事業所

名 称	サンケア入江
所 在 地	921-8011 石川県金沢市入江3丁目153番地2
管 理 者 氏 名	北川 周一
開 設 年 月 日	令和 3年 4月 1日
電 話 番 号	076-214-6530
F A X 番 号	076-214-6531
サービス提供実施地域	地域密着型通所介護 (金 沢 市) 介護予防型通所サービス (金 沢 市)

3. 利用施設であわせて実施する事業

事 業 の 種 類	指定年月日	指定番号	利用定員
地 域 密 着 型 通 所 介 護	令和3年4月1日	1790101172	月～金 18名(土14名)
介 護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 事 業	令和3年4月1日	1790101172	月～金 18名(土14名)(介護含む)
短 期 入 所 生 活 介 護	令和3年4月1日	1770106795	30名
介 護 予 防 短 期 入 所 生 活 介 護	令和3年4月1日	1770106795	30名(介護含む)

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的と運営方針	介護保険法令の趣旨にしたがって、ご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なサービスを提供することを目的とする。また、ご利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、ご利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努めるものとする。
------------	---

5. 施設の概要

(1)敷地および建物

敷 地	1329.63 m ²
建 物	木造2階建 準耐火建築物
延 べ 床 面 積	998.40 m ²

(2)主な設備

設 備 の 種 類	室 数	面 積	備 考
食 堂 兼 機 能 訓 練 室	1室	内法 63.143m ²	短期入所と共有
大 浴 場 室	1室	内法 11.60m ²	
機 械 浴 室	1室	内法 9.58m ²	
一 般 浴 室	2階ユニット各1室	内法 3.20m ²	短期入所と共有
相 談 室	1室	内法 4.30m ²	短期入所と共有
事 務 所	1室	内法 6.69m ²	短期入所と共有
静 養 室	1室	内法 10.95m ²	

6. 職員体制

従 業 者 の 職 種	人 数	常 勤		非 常 勤		保 有 資 格
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管 理 者	1		1			介護福祉士、介護支援専門員
生 活 相 談 員	5	1	1		3	介護福祉士
介 護 職 員	6		1	2	3	介護福祉士、社会福祉主事
看 護 職 員	3		2		1	正看護師・准看護師
機 能 訓 練 指 導 員	5		2	2	1	理学療法士・作業療法士・正看護師・准看護師

7. 営業日および受付時間

営 業 日	地域密着型通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業 月曜日～土曜日(祝日含む) 営業 (1月1日・2日、日曜日休業)
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時30分
提 供 時 間	午前9時15分から午後4時30分

8. ご利用者負担金

ご利用者負担金は下記のとおりです。

(1) 介護保険給付サービス(1割～3割負担)

地域区分

7級地

1単位あたり10.14円

① 地域密着型通所介護

	1日あたりの単位数	1日あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
要介護1	753 単位	764 円	1,527 円	2,291 円
要介護2	890 単位	903 円	1,805 円	2,708 円
要介護3	1,032 単位	1,047 円	2,093 円	3,140 円
要介護4	1,172 単位	1,189 円	2,377 円	3,566 円
要介護5	1,312 単位	1,331 円	2,661 円	3,991 円

② 入浴加算Ⅰ・Ⅱ(選択)

1回あたりの単位数	1回あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
40 単位	41 円	81 円	122 円
55 単位	56 円	112 円	168 円

※(Ⅰ)入浴中のご利用者の観察を含む入浴介助を行った場合。

※入浴介助に関わる介護従事者の定期的なスキルアップ研修を行った場合。

※(Ⅱ)上記の要件に加えて医師等がご利用者の居宅に訪問して介護支援専門員等と連携し浴室の環境整備に係る助言を行う。機能訓練指導員等が共同して医師等と連携の下で、浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。その入浴計画に基づき入浴介助を行った場合。

③ 個別機能訓練加算Ⅰイ(選択)

1回あたりの単位数	1回あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
56 単位	57 円	114 円	171 円

※ご利用者宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成し、その後3か月ごとに1回以上ご利用者宅を訪問し、訓練内容の見直し等を行い各多職種が共同して作成した個別機能訓練計画に基づき、ご利用者の生活向上を目的とする機能訓練を実施した場合

④ 若年性認知症ご利用者受入加算(65歳未満)

1回あたりの単位数	1回あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
60 単位	61 円	122 円	183 円

※受け入れた若年性認知症ご利用者(65歳未満)ごとに個別に担当者を定め、その者を中心にご利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合

⑤ 通所介護送迎減算(片道1回あたり)

1回あたりの単位数	1回あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
-47 単位	-48 円	-96 円	-143 円

※ご利用者自ら通う場合、ご利用者ご家族等が送迎を行う場合など事業所の従業者が送迎を実施しない場合、片道につき減算となる。

⑥ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)(9.0%)

月の合計単位数の1000分の90に相当する単位数を月の合計単位数に加算する。

① 介護予防型通所サービス

	1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
要支援1・事業対象者(週1回程度)	1,798 単位	1,824 円	3,647 円	5,470 円
要支援2・事業対象者(週2回程度)	3,621 単位	3,672 円	7,344 円	11,015 円

② 若年性認知症ご利用者受入加算(65歳未満)(介護予防のみ)

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
240 単位	244 円	487 円	730 円

※受け入れた若年性認知ご利用者(65歳未満)ごとに個別に担当者定め、その者を中心にご利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合

③ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)(9.0%)

月の合計単位数の1000分の90に相当する単位数を月の合計単位数に加算する。

④ 通所介護送迎減算(片道1回あたり)

1回あたりの単位数	1回あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
-47 単位	-48 円	-96 円	-143 円

※ご利用者自ら通う場合、ご利用者ご家族等が送迎を行う場合など事業所の従業者が送迎を実施しない場合、片道につき減算となる。

(2) 介護保険給付外サービス

① 食費	昼食	670円
② おむつ代		自費
③ 日常生活費	100円	※タオル、コップ、化粧品等
④ 教育娯楽費	自費	※必要時は事前にご案内させていただきます。

※介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員からの説明のうえ、ご利用者の同意を得ることになります。)

※教育娯楽費等は施設にて一度、負担し利用料金とあわせてご請求致します。

9. 通所サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。ご利用者のご希望で食事時間・場所等をお選びいただくことができます。食材料費については保険給付対象外です。
入 浴	必要な方は職員が介助いたします。ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、シャワー浴、機械浴、または清拭を行います。
排 泄	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
口 腔 ケ ア	口腔内の清潔保持のため、毎食後ご利用者に応じた口腔ケアを実施いたします。必要な方は職員が介助いたします。
整 容	更衣及び整容の援助を、ご利用者の心身の状況に応じて行います。
機 能 訓 練	ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより、身体機能低下を防止するように努めます。また、体操・レク活動・行事を通じて、健康維持及び増進に努めます。
健 康 管 理	随時(入浴前等)看護職員又は介護職員が健康状態を確認いたします。ご利用時間中、看護職員が状態を把握し異常があれば、ご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。服薬については看護師で管理します。
相 談 及 び 援 助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。
送 迎	身体状況など一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付送迎車などで送迎を行います。 ご家族による送迎も可能です。

(2) 介護給付外サービス

種 類	内 容
食 材 の 提 供	新鮮で良質な食材を提供いたします。
レクリエーション行事	行事計画に基づき、各種行事やレクリエーションを提供いたします。

10. ご利用料金のお支払い方法

①毎月15日前後に前月分の利用料金等をご請求致します。お支払いは毎月22日に原則としてご指定の金融機関から自動引き落としさせていただきます。ご指定の金融機関より自動引き落としができなかった場合は、振り込みでお支払いいただきますようお願い致します。事業所窓口での現金払いはご遠慮下さい。 ※自動引き落としに係る手数料(110・165円)も合わせてご請求させていただきます。	
②当施設口座へ振り込みによりお支払いいただく方法（振込手数料はご負担ください。） お振り込み先 ※ ご利用者のお名前でお振込みをお願い致します。 北國銀行 泉支店 口座名 シャカイフクシホウジン フラワー（普通） 28431 お支払いを確認いたしましたら、お支払いの翌月に領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。	

11. 当日のキャンセル料

ご利用者・ご家族のご都合でサービスを中止する場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。但し、ご利用者の病変、急な入院等で事業所への連絡ができない場合にはこの限りではありません。

キャンセル料	食費相当額(670円)
--------	-------------

12. 苦情・ご相談等の窓口

サービスに関する苦情・ご相談については、次の窓口で対応致します。

① 当 施 設 相 談 室	苦情受付担当者 (生活相談員 小林 恵理) 苦情解決責任者 (管理者 北川 周一) 利用時間 月曜日～土曜日 午前8時30分から午後5時30分 利用方法 電 話 076-214-6530 F A X 076-214-6531 直接ご面談などによる
---------------	--

次の公的機関においても苦情申立ができます。

② 公 的 機 関	金沢市 介護保険課 住所: 金沢市広坂1丁目1番1号 受付時間: 平日 午前9時から午後5時45分 TEL: 076-220-2264
	石川県国民健康保険団体連合会 住所: 金沢市幸町12番1号 石川県幸町庁舎4階 受付時間: 平日 午前9時から午後5時 TEL: 076-231-1110
	石川県福祉サービス運営適正化委員会 住所: 金沢市本多町3丁目1番10号 社会福祉会館2階 受付時間: 平日 午前9時から午後5時 TEL: 076-234-2556

13. 非常災害時の対策

非 常 時 の 対 応	別途定める『サンケア入江消防計画』に基づき、対応いたします。
避 難 訓 練	別途定める『サンケア入江消防計画』に基づき年2回以上、避難訓練を行います。
防 火 設 備	非常警報設備、スプリンクラー設備、非常用照明、誘導灯、消火器
保 守 点 検	防火管理者立会いのもと、保守業者に依頼して行います。

14. 業務継続計画の策定(BCP計画)

事業所における感染症や非常災害発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定した上で従業員に対して周知するとともに必要な研修及び訓練をそれぞれ年に1回以上実施致します。

15. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、ご家族、主治医や医療機関、居宅介護支援事業所等に連絡する等、必要な措置を講じます。
緊急時の連絡先等については別紙「緊急連絡／搬送先」に基づき、対応致します。

16. 損害賠償及び事故発生時の対応について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲においてご利用者に対してその損害を賠償します。

※事故発生時の対応

- ① 事業者は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者のご家族、当該ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うと共に、必要な措置を講ずる。
- ② 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しておく。
- ③ 事業者は、ご利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

17. 個人情報保護及び秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得たご利用者またはそのご家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはそのご家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはそのご家族の同意を得た場合には、サービス担当国会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができるものとします。

事業者は、ご利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとします。

個人情報の使用に際し、別紙「個人情報使用同意書」にて予め同意をいただきます。

18. 地域密着型通所介護計画等の作成について

居宅サービス計画等の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、地域密着型通所介護計画書等を作成します。地域密着型通所介護計画書等の作成にあたっては、その内容についてご利用者又はそのご家族に対してご説明し、同意を得るとともに地域密着型通所介護計画書等を交付致します。

19. 感染症対策について

事業者は、感染症の予防、指針の整備及び蔓延防止のための訓練や研修を定期的実施します。また、対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知します。

20. 高齢者虐待防止について

事業者は、虐待の発生またはその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に対して周知を行うとともに必要な指針を整備し研修を定期的開催します。またこれらの取り組みを適正に実施するための担当者を設置致します。

21. 身体拘束廃止について

事業者は、当該ご利用者または他のご利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行わないものとする。また、身体拘束廃止のための委員会の設置や必要な指針を整備し、従業員に対して定期的研修を行います。

22. 認知症介護基礎研修の受講義務及び入浴サービススキルアップ研修の実施

事業者は、介護に直接携わる従業員のうち、医療、福祉関係の資格を有さない従業員について、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

また、入浴サービスに関わるスタッフに対して、定期的なスキルアップ研修を実施します。

23. ハラスメント防止

事業者は、適切な指定地域密着型通所介護サービス及び介護予防型通所サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ必要な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

24. 運営推進会議について

事業所の活動出席者の皆様に報告し評価を受けるとともに、必要な要望、助言等をお聴きするため、概ね6ヶ月に1回以上、運営推進会議を開催致します。

25. 第三者による評価の実施状況

第 三 者 評 価 に よ る 評 価 の 実 施	①. あり	実施日	令和5年2月22日	
		評価機関名称	(株)emu	
		結果の開示	①. あり	2. なし
	2. なし			

26. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

設 備 ・ 器 具 の 利 用	施設内の居室や設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫 煙 ・ 飲 酒	喫煙はお断りします。 飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷 惑 行 為 等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
現 金 等 の 管 理	基本的に個人で管理していただきます。
宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。
そ の 他	ご利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業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。

社会福祉法人Flower

サンケア入江

管理者

北川 周一

説明者職名	生活相談員	氏名	小林 恵理
-------	-------	----	-------

私は、本書面に基づいて事業所から、重要事項の説明を受け介護事業の地域密着型通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業の提供開始に同意しました。

ご利用者	住所
------	----

氏名

ご家族代表者	住所
--------	----

氏名

続柄

ご利用者が身体の状態等により署名が出来ないため、ご利用者本人の意思を確認のうえ、ご利用者に代わって、その署名を代筆いたしました。

署名代筆者	住所
-------	----

氏名

続柄

ご利用者及びご家族代表者は、当事業所発行の広報誌等におけるご利用者個人の写真掲載に

☐

同意します

☐

同意しません

