

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く事項は次のとおりです。

1. 事業者

| | |
|--------|---------------------------|
| 名 称 | 株式会社 愛里 |
| 所在地 | 921-8155 石川県金沢市高尾台1丁目74番地 |
| 代表者職氏名 | 代表取締役 片岡 憲男 |
| 設立年月日 | 平成 26年 3月 20日 |
| 電話番号 | 076-214-6633 |
| FAX番号 | 076-214-6184 |

2. 事業所

| | |
|------------|--------------------------------------|
| 名 称 | サンケア泉本町 デイサービス |
| 所在地 | 921-8042 石川県金沢市泉本町2丁目48番地 |
| 管理者氏名 | 桶谷 裕子 |
| 開設年月日 | 令和 2年 4月 1日 |
| 電話番号 | 076-208-9050 |
| FAX番号 | 076-208-9051 |
| 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. ご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2年4月1日 | 1790101107 | 18名 |
| 介護予防型通所サービス | 令和2年4月1日 | 1790101107 | 18名(介護含む) |
| 短期入所生活介護 | 令和2年4月1日 | 1770106654 | 30名 |
| 介護予防短期入所生活介護 | 令和2年4月1日 | 1770106654 | 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、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、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、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、利用者の心身の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 | 1292.00 m ² | |
| 建 物 | 構 造 | 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 67.16 m ² | |
| 大浴場室 | 1室 | 内法 11.60m ² | |
| 機械浴室 | 1室 | 内法 9.58m ² | 短期入所と共有 |
| 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 |
| 相談員室 | 1室 | 内法 4.30m ² | 短期入所と共有 |
| 静養室 | 1室 | 内法 8.64m 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 |
| 生活相談員 | 3 | | 2 | | 1 | 介護福祉士 |
| 介護職員 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 介護福祉士、初任者研修 |
| 看護職員 | 2 | | 2 | | | 正看護師・准看護師 |
| 機能訓練指導員 | 2 | | 2 | | | 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、介護予防型通所サービス 月曜日～土曜日 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. 利用者負担金

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(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 |
| (I) 40 単位 | | 41 円 | 81 円 | 122 円 |
| (II) 55 単位 | | 56 円 | 112 円 | 168 円 |

※(I)入浴中の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 |

※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ヶ月ごとに1回以上利用者宅を訪問し、訓練内容の見直し等を行い各他職種が共同して作成した個別機能訓練計画に基づき、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 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

| 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 |
| 22 単位 | 23 円 | 45 円 | 67 円 |

⑤ 若年性認知症利用者受入加算(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

⑥ 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 |

※利用者自ら通う場合、利用者家族等が送迎を行なう場合など事業者が送迎を実施しない場合、片道につき減算となる。

⑦ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (9.2%)

月の合計単位数の1000分の92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(介護予防) | 1,798 単位 | 1,824 円 | 3,647 円 | 5,470 円 |
| 要支援2(介護予防) | 3,621 単位 | 3,672 円 | 7,344 円 | 11,015 円 |
| | 単位 | 0 円 | 0 円 | 0 円 |
| | 単位 | 0 円 | 0 円 | 0 円 |

② 運動器機能向上加算(選択)

| 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 |
| 225 単位 | 229 円 | 457 円 | 685 円 |

※利用者の運動器機能を利用開始時に把握し、各他職種が共同して運動機能向上計画書を作成しサービスを実施・記録して、利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価を行った場合

③ サービス提供体制強化加算(I)

| 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 | 88 単位 | 90 円 | 179 円 | 268 円 |
| 要支援2 | 176 単位 | 179 円 | 357 円 | 536 円 |

※通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が、70/100以上である場合

④ 若年性認知症利用者受入加算(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 介護職員処遇改善加算(I) (9.2%)

月の合計単位数の1000分の92に相当する単位数を月の合計単位数に加算する。

(2)介護保険給付外サービス

| | | |
|--|----|-----------------------|
| ① 食費 | 昼食 | <u>670円</u> |
| ② おむつ代 | | <u>自費</u> |
| ③ 通常の事業の実施地域以外の送迎サービスを行う場合は通常の事業実施地域を越えた地点からおおむね1キロメートルごとに | | <u>100 円</u> |
| 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。 |
| ⑤ 夕食パック(延長利用) 午後4時30分以降、最長2時間まで延長利用可能(介護保険外)送迎有。 | | |
| 《 1日定員5名まで 》500円/1時間。 最長2時間/1000円 +夕食代 510円 =最大 1510円 ※ご希望時にお申し出ください。 | | |

※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、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。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 |
| 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。 |
| レクレーション行事 | 行事計画に基づき、各種行事やレクレーションを提供いたします。 |

10. 利用料金のお支払い方法

毎月20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27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お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支払いはご遠慮下さい。

※自動引き落としに係る手数料(110円)も合わせてご請求させていただきます。
初月のみ口座登録料(110円)を合算してご請求させていただきます。

- ① 当施設口座へ振り込みによりお支払いいただく方法（振込み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。
福井銀行 金沢支店 口座名 カブシキガイシャ アイリ （普通） 6044123

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と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 岩田 陸甫） 苦情解決責任者（管理者 桶谷 裕子） ご利用時間 午前8時30分から午後5時30分 ご利用方法 電 話 076-208-9050 F A X 076-208-9051 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『サンケア泉本町消防計画』に基づき、対応いたします。 |
| 避難訓練 | 別途定める『サンケア泉本町消防計画』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、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、当該利用者の家族、当該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、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家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を利用す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を作成します。地域密着型通所介護事業計画書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通所介護計画書を交付致します。

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、当該利用者または他の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(介護予防)短期入所生活介護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相当な範囲を超えたものにより従業者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 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 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 | 喫煙は施設内の決められた場所以外ではお断りします。 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 | 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、介護予防型通所サービス、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定 地域密着型通所介護、介護予防型通所サービス

説明者職名 生活相談員 氏名 _____

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、介護予防型通所サービス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 _____

利用者が身体の状態等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、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利用者個人の写真掲載に

同意します 同意しません