

重要事項説明書

< 地域密着型通所介護 >

1. 事業者の概要

事業者(法人)の名称	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 愛媛県済生会
法人所在地	愛媛県松山市山西町997-1
代表者(職名・氏名)	支部長 岡田 武志
設立年月日	昭和6年7月1日
電話番号	089-952-0332

2. 事業所の概要

事業所名	指定通所介護事業所済生会小田デイサービスセンター緑風荘	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
指定年月日・事業所番号	平成12年3月17日	3873400174
事業所の所在地	愛媛県喜多郡内子町小田 149番地1	
電話番号	(0892)52-3101	
施設長(管理者)	曾根岡 伸也	
開設年月日	平成5年4月16日	
通常の実施地域	内子町	
利用定員	15 名	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業者は、要介護状等となった場合においても、その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世話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ことを目的とする。
運営の方針	事業所は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者信頼関係を基礎とした人間関係の確立を図り、利用者の主体性の尊重とその家族との交流を目指すものとする。 事業所は、地域との結びつきを重視するとともに、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるものとする。

4. 営業日時

営 業 日	月曜日から金曜日と、月毎の状況に応じて、土曜日または祝日に月1回程度。 ただし、国民の祝日、12月29日から1月4日まで、8月14日から8月16日までを除く。尚、年末年始・お盆休みについては、業務の都合により変更することがあります。
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	地域密着型通所介護 午前9時20分 ～ 午後4時30分

5. 職員体制

職 種 名	勤務の形態 ・ 人数
施設長(管理者) <特養兼務>	常勤 1名
事務長 <特養兼務>	常勤 1名
事務員 <特養兼務>	常勤 1名
生活相談員	常勤 1名
介護職員兼生活相談員	非常勤 1名
介護職員	常勤 1名
看護職員兼機能訓練指導員	常勤 1名 非常勤 1名

6. 提供するサービスの内容

地域密着型通所介護は、事業者が設置する事業所(デイサービスセンター)に通っていただき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

サービスの種類	サービスの内容
送迎	利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 道路が狭いなどの事情により、居宅近くまで車両が進入できない場合などは、車椅子を使用したり歩行介助を行うこともあります。
食事介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 また、嚥下困難者のための、「きざみ食・軟菜食」等の提供を行います。
入浴介助	利用者の身体状況に応じて、入浴(全身浴・部分浴など)の介助を行います。
排泄介助	利用者の身体状況に応じて、排泄の介助やおむつ等の交換を行います。
機能訓練	食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。 集団的に行うレクリエーションや体操などを通じた訓練を行います。
一般健康状態の確認	利用者の一般健康状態の確認(血圧・体温の測定など)を行います。
生活相談	利用者が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、生活指導及び介護に関する相談及び援助などを行います。

7. 利用料と支払い方法

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として「負担割合証」に応じた基本利用料の1割～3割の額です。ただし、支給限

度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額(10割)をご負担いただきます。

(1) 基本料金（通所介護費） ※ 当事業所は、基本7時間以上8時間未満を算定しています。

		3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護 1	基本料金	4,160 円	4,360 円	6,570 円	6,780 円	7,530 円	7,830 円
	1割負担	416 円	436 円	657 円	678 円	753 円	783 円
	2割負担	832 円	872 円	1,314 円	1,356 円	1,506 円	1,566 円
	3割負担	1,248 円	1,308 円	1,971 円	2,034 円	2,259 円	2,349 円
要介護 2	基本料金	4,780 円	5,010 円	7,760 円	8,010 円	8,900 円	9,250 円
	1割負担	478 円	501 円	776 円	801 円	890 円	925 円
	2割負担	956 円	1,002 円	1,552 円	1,602 円	1,780 円	1,850 円
	3割負担	1,434 円	1,503 円	2,328 円	2,403 円	2,670 円	2,775 円
要介護 3	基本料金	5,400 円	5,660 円	8,960 円	9,250 円	10,320 円	10,720 円
	1割負担	540 円	566 円	896 円	925 円	1,032 円	1,072 円
	2割負担	1,080 円	1,132 円	1,792 円	1,850 円	2,064 円	2,144 円
	3割負担	1,620 円	1,698 円	2,688 円	2,775 円	3,096 円	3,216 円
要介護 4	基本料金	6,000 円	6,290 円	10,130 円	10,490 円	11,720 円	12,200 円
	1割負担	600 円	629 円	1,013 円	1,049 円	1,172 円	1,220 円
	2割負担	1,200 円	1,258 円	2,026 円	2,098 円	2,344 円	2,440 円
	3割負担	1,800 円	1,887 円	3,039 円	3,147 円	3,516 円	3,660 円
要介護 5	基本料金	6,630 円	6,950 円	11,340 円	11,720 円	13,120 円	13,650 円
	1割負担	663 円	695 円	1,134 円	1,172 円	1,312 円	1,365 円
	2割負担	1,326 円	1,390 円	2,268 円	2,344 円	2,624 円	2,730 円
	3割負担	1,989 円	2,085 円	3,402 円	3,516 円	3,936 円	4,095 円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) 加算の料金 【地域密着型通所介護】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	基本利用料	利用者負担		
			1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算Ⅰ	利用者の入浴を行った場合入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助の研修等を行う (1日につき)	400 円	40 円	80 円	120 円
入浴介助加算Ⅱ	医師などが利用者の居宅を訪問し、浴室における動作及び環境を評価し入浴計画を作成した後、入浴を行った場合 (1日につき)	550 円	55 円	110 円	165 円

加算の種類	加算の要件	基本利用料	利用者負担		
			1割負担	2割負担	3割負担

中重度者ケア 体制加算	中重度の要介護者を受け入れる体制を 構築し、指定通所介護を行った場合 (1日につき)	450 円	45 円	90 円	135 円
認知症加算	看護職員と介護職員の配置を従前より 十分に行い、更に認知症介護指導者研 修等の修了者を配置し、認知症高齢者 の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の 割合が15%以上の場合(日常生活自立 度Ⅲ以上の利用者のみ算定します (1日につき)	600 円	60 円	120 円	180 円
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービスを提供 した場合(1日につき) ※ただし、認知症 加算を算定している場合は、算定しない	600 円	60 円	120 円	180 円
個別機能訓練 加算Ⅰイ	利用者ごとに機能訓練指導員(配置時間 の定めなし)が利用者の居宅に訪問した 上で個別機能訓練計画を作成し、その後 3ヶ月毎に1回以上、利用者の居宅を訪問 し、計画に基づき、機能訓練士が直接、 機能訓練を実施した場合(1日につき)	560 円	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練 加算Ⅰロ	利用者ごとに機能訓練指導員(配置時間 の定めなし)が利用者の居宅に訪問した 上で個別機能訓練計画を作成し、その後 3ヶ月毎に1回以上、利用者の居宅を訪問 し、計画に基づき、機能訓練士が直接、 機能訓練を実施し、合計2名以上の機能 訓練指導員を配置した場合(1日につき) ※イとロの併算定不可	760 円	76 円	152 円	228 円
個別機能訓練 加算Ⅱ	Ⅰに加え、個別支援計画などの内容をデ ータ提出し、フィードバックを受けた場合 (1日につき)	200 円	20 円	40 円	60 円
生活機能向上 連携加算Ⅰ	ICTなどを活用し、外部のリハビリ専門職 (理学療法士等)や医師からの助言を受 けることができる体制を構築し、助言を受 けた上で機能訓練指導員等が個別機能 訓練計画を作成し、機能訓練を行った場 合 (1月につき)	1,000 円	100 円	200 円	300 円
生活機能向上 連携加算Ⅱ	外部のリハビリ専門職(理学療法士等) 又 は医師が通所介護事業所を訪問し、事業 所の職員と共同で個別機能訓練計画を 作成し、機能訓練を行った場合 (1月につき)	2,000 円	200 円	400 円	600 円
ADL維持等 加算Ⅰ	一定期間内に当該事業所を利用した者 のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は 改善の度合いが一定の水準を超え、ADL のデータを厚生労働省に提出しフィード バック情報を活用した場合(1月につき)	300 円	30 円	60 円	90 円
ADL維持等 加算Ⅱ	一定期間内に当該事業所を利用した者 のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は 改善の度合いが一定の水準を超え、ADL のデータを厚生労働省に提出しフィード バック情報を活用した場合(1月につき)	600 円	60 円	120 円	180 円

加算の種類	加算の要件	基本利用料	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担

栄養アセスメント 加算	管理栄養士を1名配置し、利用者ごとに 栄養アセスメントを実施、利用者又は家 族へのその結果を説明し、栄養状態など の情報をデータ提出し、フィードバック情 報を活用した場合（1月につき）	500 円	50 円	100 円	150 円
栄養改善加算	低栄養にある又はそのおそれのある利用 者に、管理栄養士が低栄養状態の改善 を目的に栄養食事相談等の栄養管理を 行った場合（3月以内の期間に限り、 1月に2回を限度とする）	2,000 円	200 円	400 円	600 円
口腔・栄養スク リーニング加算Ⅰ	利用開始及び利用中6ヶ月毎に口腔の健 康状態及び栄養状態について確認し、担 当のケアマネジャーに情報提供した場合 （1回につき）※6月に1回を限度とする	200 円	20 円	40 円	60 円
口腔・栄養スク リーニング加算Ⅱ	利用者が栄養改善加算や口腔機能向上 加算を算定している場合に、口腔の健康 状態と栄養状態のいずれかの確認を行 い担当のケアマネジャーに情報提供した 場合（1回につき）6月に1回を限度とする	50 円	5 円	10 円	15 円
口腔機能向上 加算Ⅰ	利用開始時に利用者の口腔機能を把握 し、利用者ごとの口腔機能改善管理指導 計画を作成。また、その計画に従い看護 職員等が口腔機能向上サービスを行うと ともに、定期的な記録や評価をする （3月以内の期間に限り、1月に2回を限度 とする）	1,500 円	150 円	300 円	450 円
口腔機能向上 加算Ⅱ	Ⅰの要件に加え、利用者ごとの口腔機能 改善管理指導計画等の情報をデータ提 出し、フィードバック情報を活用した場合 （原則3月以内、1月に2回を限度とする）	1,600 円	160 円	320 円	480 円
科学的介護推進 体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機 能、認知症の状況、その他の心身の状況 などに係る基本的な情報のデータ提出と フィードバック情報を活用した場合 （1月につき）	400 円	40 円	80 円	120 円
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士の占める割合 が70%以上、若しくはサービスを直接提 供する者のうち勤続年数10年以上の者 の割合が25%以上ある体制の場合 （1日につき）	220 円	22 円	44 円	66 円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	介護職員のうち介護福祉士の占める割合 が50%以上ある体制の場合（1日につき）	180 円	18 円	36 円	54 円
サービス提供体制 強化加算Ⅲ	介護職員のうち介護福祉士の占める割合 が40%以上、若しくはサービスを直接提 供する者のうち勤続年数7年以上の者 の割合が30%以上体制の場合（1日につき）	60 円	6 円	12 円	18 円

加算の種類	加算の要件	基本利用料	利用者負担		
			1割負担	2割負担	3割負担

感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算	感染症や災害の影響により、利用者数が減少し、利用者数の実績が前年度の同じ月と比べて5%以上減少している場合	基本報酬への3%加算
介護職員等処遇改善加算	介護職員等の職場環境の処遇改善のための取り組みをしている事業所に認められる加算	月の介護報酬総単位数に下記のⅠ～Ⅳの加算率を乗じる
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	月の介護報酬総単位数 × 9.2%
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	月の介護報酬総単位数 × 9.0%
	介護職員等処遇改善加算Ⅲ	月の介護報酬総単位数 × 8.0%
	介護職員等処遇改善加算Ⅳ	月の介護報酬総単位数 × 6.4%

(3) 減算の料金

以下の要件に該当する場合、料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額	
		基本利用料	利用者減算額
送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合（片道につき）	470 円	47 円
業務継続計画（BCP）未策定減算	感染症や非常災害の発生時において、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（業務改善計画）を策定すること	所定単位数の1%に相当する単位数を減算	
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	所定単位数の1%に相当する単位数を減算	

(4) その他の費用

食 費	1食あたり 580円 の食費を請求いたします。
	利用者様の都合により当日に急遽利用中止となった場合で、食止めが間に合わなかった時は、食事代として580円を請求いたしますのでご了承ください。 食止めの時間は午前10時です。
おむつ代（パット類含む）	当施設では、おむつ類は原則として利用者に持参していただきますが、施設からおむつ類の提供を受けた場合は、実費を請求いたします。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）については、費用の実費を請求いたします。

(5) 利用料の計算

＜ 利用者負担1割・サービス提供時間7時間以上8時未満の間場合 ＞

単位：円

	基本料金	入浴介助加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	栄養アセスメント加算	科学的介護推進体制加算	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	食 費	その他
要介護 1	753							

要介護 2	890	40	22	50／月	40／月	月の介護報酬総単位数 の9.2%	580	実費
要介護 3	1,032							
要介護 4	1,172							
要介護 5	1,312							

※ 利用者負担2割・3割の場合は、上記金額の2倍・3倍の計算になります。

※ 「その他の実費」とは、おやつ代やレクの材料代など、料金が発生した場合にだけお支払いいただく料金です。

※ 介護保険の更新により、介護度が変更になった時は、それに応じて料金も変わります。

○ 1日あたりの利用料の目安 < 利用者負担1割の場合 >

要介護 1	1,485 円	※ 左記の金額は、基本料金・加算・食費の合計です。
要介護 2	1,622 円	※ 但し、左記の金額には、介護職員等処遇改善加算は含まれていません。
要介護 3	1,764 円	
要介護 4	1,904 円	
要介護 5	2,044 円	

(6) 支払い方法

上記(1)(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、月末に締めて翌月のお支払いとなります。次のいずれかの方法によりお支払ください。ご請求は、翌月の15日頃までに送付いたします。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日(土日祝日の場合は翌営業日)に引き落とします。対応できるのは下記の金融機関です。 えひめ中央農業協同組合 小田支店
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日までに事業者が指定する下記の口座にお振込みください。 伊予銀行 内子支店(普通口座) 1296059 指定通所介護事業所済生会小田デイサービスセンター緑風荘 施設長 曾根岡 伸也
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日までに、現金でお支払ください。出来るだけ、平日(サービス営業日)にお支払いをお願いします。

8. 緊急時における対応

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び利用者家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応等

サービス提供により事故が発生した場合には、利用者の家族、町、当該利用者にかかる居宅介護支援事業者等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 2 事業者は、事業所のサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を行います。

10. 非常災害対策

非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

11. 衛生管理等

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上の必要な措置を講じます。

- 2 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じるよう努めます。

12. 虐待防止のための措置

利用者等の人権の擁護・虐待の防止のため、の措置を講じます。

- 2 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。
- 3 事業所における虐待防止のための指針を整備する。
- 4 事業所において、従業者に対し虐待防止のための研修を定期的に(年1回以上)実施する。
- 5 虐待の防止のための担当者を配置する。

13. 身体拘束防止のための措置

サービスの提供にあたっては、当該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、身体拘束その他の行動を制限する行為を行ないません。

しかし緊急やむを得ない場合(身体及び生命に危険があると判断した場合)は、本人の同意又は家族への連絡、状態説明を行い、同意書を作成し、後の経過を記録し身体拘束解除、廃止に向けての対策を立てます。

14. 秘密保持

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を漏らしてはならない。

- 2 事業者は、職員であった者が、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とする。
- 3 事業所は、利用者の個人情報を用いる場合は、利用者及び家族の同意をあらかじめ文書により得るものとする。

15. 地域との連携

事業者は、利用者の家族や地域住民の代表等に、提供しているサービス内容を明らかにすることでサービスの質を確保し、地域との連携を図ることを目的として、運営推進会議を設置します。

- 2 運営推進会議の構成員は、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の職員または町の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上開催することとします。
- 3 事業者は、運営推進会議において活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。
- 4 事業者は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、当該記録を公表します。

16. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、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(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じる。

- 2 事業所は従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を実施する。
- 3 事業所は、業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

17. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所窓口

担当者	生活相談員 富岡 絵里		
受付時間	8:30 ～ 17:30		
電話番号	0892 - 52 - 3101	FAX番号	0892 - 52 - 3266

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

内子町役場 保健福祉課（介護保険係）

所在地	喜多郡内子町平岡168		
受付時間	8:30 ～ 17:15		
電話番号	0893 - 44 - 2111	FAX番号	0893 - 44 - 4116

愛媛県社会福祉協議会（運営適正化委員会 苦情解決部会）

所在地	松山市持田町3-8-15		
受付時間	9:00 ～ 12:00 13:00 ～ 16:30		
電話番号	089 - 998 - 3477	FAX番号	089 - 921 - 8939

愛媛県国民健康保険団体連合会（介護・介護事業課）

所在地	松山市高岡町101-1		
受付時間	9:00 ～ 17:15		
電話番号	089 - 968 - 8700	FAX番号	089 - 968 - 8717

18. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたって、ご留意いただきたいことは以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 利用中体調や容体の急変などにより、サービスの利用が継続できなくなったときは、サービスの内容を一部変更又は中止することがあります。サービス中止となった場合は、利用者の家族に連絡を行う等、適切に対応します。病院受診等が必要な場合には、ご家族様にて対応をお願いします。
- (3) 利用予定日に体調や容体の急変などにより、サービスを休まれるときは、できるだけ早めに事業所にご連絡ください。
- (4) 利用者宅へお迎えに行った場合でも、利用者の体調不良等でサービスの提供が困難な状態と判断した場合には、利用をお断りする場合があります。また、併設の施設内で感染症（インフルエンザ、ノロウイルス等）が発生した場合についても、感染症の蔓延防止のため、サービス内容を変更したり、サービスを中止する場合があります。
- (5) 冬場の積雪や凍結、道路工事などによる道路事情により送迎が困難な場合は、サービス内容を変更したり、サービスを中止する場合があります。
- (6) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。また、事業所内での金銭及び食物等のやりとりはご遠慮ください。

令和 年 月 日

（利用者） 私は、事業者より重要事項について説明を受け、同意しました。

住 所 喜多郡内子町

氏 名 _____ (印)

※ 代筆した場合に記入

代筆者氏名 _____ (印)

利用者との続柄 _____

(家 族) 私は、事業者より重要事項について説明を受け、同意しました。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

利用者との続柄 _____

(事業者) 事業者は、利用者のサービス提供開始にあたり、重要事項の説明を行いました。

住 所 喜多郡内子町小田149-1

事業者名 指定通所介護事業所済生会小田
デイサービスセンター緑風荘

管理者名 曽根岡 伸也

(説明者) 生活相談員 富岡 絵里