

鳥取市桜ヶ丘デイサービスセンター 重要事項説明書

<鳥取市通所介護相当サービス>

1. 事業者の概要

| | |
|------------|--------------|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 鳥取福祉会 |
| 主たる事務所の所在地 | 鳥取市的場2丁目1番地 |
| 代表者 | 理事長 松下 稔彦 |
| 電話番号 | 0857-51-7272 |

2. 事業所の概要

| | |
|------------|--|
| 事業所の種類 | 指定通所介護事業所（大規模型通所介護（I）） 鳥取市通所介護相当サービス事業所 |
| 事業所の名称 | 鳥取市桜ヶ丘デイサービスセンター |
| 指定番号 | 鳥取県 第3170100329号 |
| 所在地 | 鳥取市津ノ井256番地2 |
| 電話番号 | 0857-51-8991 |
| 利用定員 | 月～土曜日 40名 日曜日 25名 |
| 通常の事業の実施地域 | 鳥取市立東・桜ヶ丘・南中学校区 |

3. 事業の目的

当事業所が行う通所介護等の事業の適正な運営を確保するために、人員及び運営に関する基準を定め、要介護状態等にある利用者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

4. 事業所の運営方針

利用者の方、個々の介護計画に添ったサービスを提供させていただき、心身機能の維持、社会交流、家族の介護負担の軽減に寄与することを方針にしています。

5. 営業時間

| | | | |
|----------|-------|--------------|-------------------|
| 営業日 | 毎日 | 休業日 | 12月31日～1月3日並びに祝祭日 |
| 営業時間 | 月～金曜日 | 8時00分～18時00分 | |
| | 土・日曜日 | 8時30分～17時15分 | |
| サービス提供時間 | 月～日曜日 | 8時30分～17時00分 | |

6. 設備等の概要

| | | | |
|-------|---------|-----|-----------|
| テイルーム | 152.29㎡ | 浴室 | 普通浴槽・特殊浴槽 |
| 相談室 | 1室 | 送迎車 | 5台以上 |

7. 事業所の職員体制

(令和6年 4月 1日現在)

| 職種 | 職員数 | 職務内容 |
|---------|-----------------------|----------------|
| 所長(管理者) | 1名(兼務) | 経営・管理全般 |
| 生活相談員 | 7名(兼務含む) | 相談援助 |
| 機能訓練指導員 | 4名(兼務含む) | 機能訓練 |
| 看護職員 | 3名(兼務含む) | 健康管理 |
| 介護職員 | 15名(兼務含む) ※パート1名含む | 心身の状況に応じた介護・援助 |

8. 利用料金(契約書第7条)

利用料金につきましては、ご利用者様に「介護保険負担割合証」を提示いただき負担割合を確認のうえ《別添3》の「利用料金一覧」にて説明いたします。

9. サービスの概要

| サービスの種類 | 内容・標準的な手順 |
|---------|---|
| 送 迎 | ご利用者の希望により、リフト車等にてご自宅と事業所間の送迎サービスを行います ※お迎えまでに、準備（着替え等）をしてお待ちください。 |
| 入 浴 | 入浴又は清拭を行います。 |
| 排 泄 | ご利用者の排泄の介助を行います。 |
| 健 康 | 視診・触診・血圧・体温・脈拍等で日々の健康をチェックし、体重等の測定を定期的に行います。 |
| 相 談 | 日常生活全般の相談を行います。 |
| 食 事 | 食事の準備・介助を行います。また、ご利用者の状態に合わせた食事を準備いたします。（・普通食・お粥・おにぎり・きざみ・ミキサー食等） 「食事時間」 昼食：12：00～ |
| 口 腔 ケ ア | 口腔清掃、摂食・嚥下状態の活性化を図るためのサービスを行います。 |

○送迎に関する基本的な確認

| | | |
|-----------|--------|----------|
| お迎え 場所 | | ・玄関 ・（ ） |
| | ご家族不在時 | |
| お送り 場所 | | ・玄関 ・（ ） |
| | ご家族不在時 | |

※上記以外の場合は、ご家族と相談のうえ対応します。

10. 苦情申立窓口

| | | |
|----------|-------|--------------|
| 施設のご相談窓口 | ご利用時間 | 8時30分～17時00分 |
| | 電話番号 | 0857-51-8991 |

※詳しくは《別添1》「苦情解決制度について」をご覧ください。

11. 第三者評価の実施状況

| | | | |
|-----------|--|-------------|--|
| 実施の有無 | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 | 実施した直近の年月日 | |
| 評価結果の開示状況 | | 実施した評価機関の名称 | |

12. 感染症の予防及びまん延防止

事業所は、感染症予防及びまん延防止のための指針を整備し、対策を検討する委員会を概ね6か月に1回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を行います。また、研修及び訓練を定期的に変更します。

13. 非常災害対策・防災時の対応

災害状況により、消防署等関係機関に連絡し対応します。

- ・防災設備、火災報知装置、消火器を設置しています。
- ・防災訓練は年2回以上計画しています。（利用者含む）
- ・訓練の実施に当たっては地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。
- ・利用時に、気象予報や状況により、大雨・洪水・台風による風水害が見込まれる場合、自宅へのお送りを早める場合があります。また、非常災害時の対応については、ご本人及びご家族の意向により対応致します。

ご希望（ ①ご自宅へ ②開設避難所へ ③家族による迎え ）

※「①ご自宅へ」を選択された場合、御家族による避難協力が困難な場合は、あらかじめ【避難行動要支援者登録】をお願いしています。

◎避難行動要支援者登録（ ・登録済み ・未登録 ・登録しない ）

14. 業務継続計画の策定

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提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るため業務継続計画を策定し、従業者に周知を行うとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。また、業務継続計画は定期的に見直し必要に応じて変更を行います。

15. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ちあわせの連絡先並びに救急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

「緊急連絡先」

| | | |
|---------------|------|--------------|
| 第一 連絡 先 | 氏名 | [続柄：] |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | (自宅) (携帯電話等) |
| | 備考 | |
| 第二 連絡 先 | 氏名 | [続柄：] |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | (自宅) (携帯電話等) |
| | 備考 | |

「主治医」

| | |
|-----------|--|
| 病院または診療所名 | |
| 医師名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |

16. 事故発生時の対応

サービス提供は、自立支援を念頭に置き、可能な限り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、【鳥取市通所介護相当サービス計画書】※《契約第4条》に基づいて行います。但し、ご利用者様自身の主体性や意思を最大限尊重する為、抑制や過度の行動制限は行いません。サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。その際、病院受診にかかる費用については、ご利用者様にご負担いただきます。また、サービスの提供にあたって当方の過失により利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、事業所はその損害を賠償します。

17. 虐待の防止への対応

事業所は、虐待の防止のための指針を整備し、対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を行います。また、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。

・虐待の防止のための担当者を選定します。

| | |
|---------|-------|
| 虐待防止担当者 | 下田 尚美 |
|---------|-------|

18. 身体拘束等の適正化

事業所は、やむを得ない場合を除き身体的拘束は行いません。やむを得ない状況が発生した場合には、その態様及び時間、利用者の心身の状況並びに理由について記録します。

19. 個人情報の取扱

事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、個人情報管理規定に基づく【個人情報取扱業務概要説明書】の目的範囲において、利用者及びその家族の個人情報を取り扱います。この守秘義務は契約終了後も同様です。※詳しくは《別添2》「個人情報保護法に関する基本方針」等をご覧ください。

20. ハラスメント対策

事業所は、適切なサービス提供を確保する観点から、職場内及びサービス提供中においておこな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必要な措置を講じます。

21. その他

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員等が行う診療の補助行為を除く。）は行いません。
- ② 利用者又は家族からの金銭等の授受は、ご遠慮させていただきます。
- ③ 利用者の人権・プライバシーを侵害する行為、又は侵害する恐れのある行為は、行いません。
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）は行いません。
- ⑤ 原則として、飲食物の持ち込みはご遠慮願います。
- ⑥ お金が必要な場合（外出・買い物等）は、事前にお知らせします。高額な金銭・貴重品の所持についてもご遠慮ください。紛失した場合当事業所では責任を負いかねます。

説 明 者 鳥取市桜ヶ丘デイサービスセンター 氏 名 _____

事 業 所 所 在 地 鳥取県鳥取市津ノ井256番地2
名 称 鳥取市桜ヶ丘デイサービスセンター
管 理 者 所 長 山 崎 剛 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から鳥取市通所介護相当サービスについての重要事項の説明をうけ同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日
利 用 者 <住 所> _____

<氏 名> _____

（代筆者・代理人）

<住 所> _____

<氏 名> _____ 続柄（ ）

代筆が必要な理由： _____

（連帯保証人）

<住 所> _____

<氏 名> _____

※利用者本人が自署出来ない場合は「代筆者」として代筆者の住所・氏名・続柄と代筆理由を記載。

本人同意が難しい場合は「代理人」として代理人の住所・氏名・続柄の記載をお願いします。

鳥取市桜ヶ丘デイサービスセンター 利用料金一覧

1. 【基本料金】 ※負担額は「介護保険負担割合証」記載による 令和6年6月1日改訂

| 要介護度 | 基本料金 | | 自己負担額 (1割) | 自己負担額 (2割) | 自己負担額 (3割) | |
|----------------|-----------|------------------|------------------|---------------|---------------|---------|
| 事業対象者 要支援 1 | 週1回 程度 | 月4回まで (1回あたり) | 4,360円 | 436円 | 872円 | 1,308円 |
| | | 1月あたり | 17,980円 | 1,798円 | 3,596円 | 5,394円 |
| 要支援 2 | 週1回 程度 | 月4回まで (1回あたり) | 4,360円 | 436円 | 872円 | 1,308円 |
| | | 週2回 程度 | 月8回まで (1回あたり) | 4,470円 | 447円 | 894円 |
| | | 1月あたり | 36,210円 | 3,621円 | 7,242円 | 10,863円 |

2. 【選択料金】 ---- 個別に選択されたサービスに対し次のご負担をお願いします。

| 各種加算 | 利用料金 | | 自己負担額 (1割) | 自己負担額 (2割) | 自己負担額 (3割) |
|---------------------------------|-------|--------|-------------------|---------------|---------------|
| サービス提供体制強化Ⅰ ※1 要支援1 事業対象者 | 1月あたり | 880円 | 88円 | 176円 | 264円 |
| // 要支援2 | 1月あたり | 1,760円 | 176円 | 352円 | 528円 |
| 一体的サービス提供加算 ※2 | 1月あたり | 4,800円 | 480円 | 960円 | 1,440円 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) ※3 | 1月あたり | 1,600円 | 160円 | 320円 | 480円 |
| 口腔・栄養スクリーニングⅠ ※3 | 1月あたり | 200円 | 20円 | 40円 | 60円 |
| 科学的介護推進体制 ※4 | 1月あたり | 400円 | 40円 | 80円 | 120円 |
| 昼食代 | 1食あたり | 620円 | ※イベント食900円(年2回程度) | | |

※1 前年度実績において、介護職員の総数のうち介護福祉士が70%以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士が25%の事業所に加算されます。

※2 栄養改善又は口腔機能向上のためのサービスを月2回以上ご利用された場合にご負担いただく加算です。

※3 口腔機能の低下のおそれのある方等に口腔機能を向上させることを目的に訓練を実施した場合の加算です。

※4 口腔及び栄養状態について確認(スクリーニング)を実施する場合6ヶ月毎にご負担いただく加算です。
但し、※2と3加算の対象の場合にはご負担はありません。

※5 ご利用者のADL、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚労省に提出している場合に加算されます。エビデンスに基づく科学的な介護を基盤に、自立支援・重度化防止の観点から効果的なサービスの展開につなげるための情報提供及び活用が目的です。

【その他の加算・減算】

介護職員等処遇改善加算 9.2%

自己負担額(基本料金+加算)の合計に上記の加算率を乗じて得た金額(1円未満は四捨五入)がそれぞれ加算されます。

○事業所が送迎を行わなかった場合は、片道あたり47円が減算されます。

○キャンセル料規定(契約書第8条)当日10時までにサービスの中止、又はサービス提供計画の変更のご連絡がなかった場合は、キャンセル料として昼食代(620円)をいただきます。

○健康上の理由による中止(契約書第8条)体調不良、感染症等により通所介護等の実施が困難と判断した場合、サービスを中止させていただく場合があります。