

重要事項説明書

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 いわみ福祉会
法人所在地	島根県浜田市金城町七条八 559 番地 2
代表者氏名	理事長 室 崎 富 恵
設立年月日	昭和 48 年 9 月 11 日
電話番号	0855－42－0091

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称	青山デイサービスセンター
事業所の種類	浜田地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス（第 1 号通所事業） 介護予防通所介護（従来型） 通所型サービス A（緩和型）
介護保険事業者番号	3270600160
事業所の所在地	島根県江津市二宮町神主 1964 番地 31
電話番号	0855－54－3100
管理者氏名	桑 原 文 寿
開設年月日	平成 12 年 7 月 1 日
利用定員	1 単位 25 名〔介護予防通所介護（従来型）〕 （指定通所介護、指定共生型生活介護の利用者を含む） 1 単位 10 名〔通所型サービス A（緩和型）〕
事業の実施地域	江津市（桜江町を除く）

(2) 事業の目的と運営の方針

事業の目的	青山デイサービスセンター（以下「事業所」という。）において実施する浜田地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス（第一号通所事業）の介護予防通所介護（従来型）及び通所型サービス A（緩和型）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の従業者が要支援状態等の利用者に対し、適切な事業を提供することを目的とする。
運営の方針	利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状態を踏まえながら、必要な日常生活上の支援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回復や社会参加の促進を図り、もって生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

	2 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 3 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、浜田地区広域行政組合、江津市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供するもの（以下「関係機関」という。）との連携に努めるものとする。 4 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように対策を講じるものとする。 5 全4項のほか、「浜田地区広域行政組合介護保険日常生活支援総合事業における指定第1号事業の人員、設備及び運営並びに指定第1号事業に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める要綱」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。
--	---

（３）営業日及び営業時間

営業日	介護予防通所介護（従来型） 月曜日～金曜日 ※ただし、12月31日～1月2日を除く 通所型サービスA（緩和型） 月曜日・金曜日 ※ただし、12月29日～1月3日を除く
営業時間	8：00～18：30
サービス提供時間	介護予防通所介護（従来型） 9：00～16：05 通所型サービスA（緩和型） 半日（午後） 13：30～15：30

3. 職員の配置状況

（１）介護予防通所介護（従来型）単位ごとに

職種	職務内容	人員
管理者	・ 従業者の管理及び利用申込に係る調整、実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 ・ 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な措置命令を行います。 ・ 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、サービス内容等を記載した通所介護計画書を生活相談員等と協力して作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得て交付します。 ・ 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画書の変更を行います。	1名 (常勤兼務)
生活相談員	・ 利用者がその有する能力に応じた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を行います。	1名以上 (常勤兼務)

	・通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	
看護職員	・サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 ・利用者の静養のための必要な措置を行います。 ・利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	1名以上 (常勤兼務、非常勤兼務)
介護職員	・通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	3名以上 (常勤兼務、非常勤兼務)
機能訓練指導員	・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のに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。	1名以上 (常勤兼務、非常勤兼務)

(2) 通所型サービスA（緩和型）単位ごとに

職種	職務内容	人員
管理者	・従業者の管理及び利用申込に係る調整、実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 ・従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な措置命令を行います。 ・利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、サービス内容等を記載した通所型サービス計画書を従業者と協力して作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得て交付します。 ・指定通所介護の実施状況の把握及び通所型サービス計画書の変更を行います。	1名 (常勤兼務)
従事者	・通所型サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護等を行います。	1名以上 (常勤兼務、非常勤兼務)

4. 提供するサービスの内容と利用料金

(1) 提供するサービスの内容

提供するサービスは以下のとおりとし、必要と認められるサービスを行います。

- (1) 介護予防通所介護計画・通所サービス計画の作成
- (2) 食事の提供
- (3) 入浴又は清拭
- (4) 身体等の介護
- (5) 身体機能及び日常生活能力の維持のための機能訓練
- (6) 生活相談

(7) 健康管理

(8) 送迎サービス

(9) 前各号に掲げるもののほか、日常生活上必要な支援

※食事・入浴の提供は介護予防通所介護（従来型）のみとなります。

※利用者又はその家族は、利用当日の利用者本人の心身の状況を従業者に申告してください。

※当事業所の利用にあたっては、従業者の指示に従うようお願いいたします。

(2) サービス利用料金

別紙のサービス利用料金表のとおりとなっています。

(3) 利用料金のお支払い方法

サービス利用料金は、1 月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までに以下のア～ウいずれかの方法で支払い下さい。尚、口座振替は利用月の翌々月の 4 日にご指定の預金口座より振替させていただきます。（1 月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア. 指定口座への振り込み

山陰合同銀行 浜田支店 普通預金 2785633

日本海信用金庫 都野津支店 普通預金 0096429

フク) イワミフクシカイ ミレアオヤマ

口座名義 社会福祉法人いわみ福祉会 ミレ青山 理事長室崎富恵

イ. 現金支払い

ウ. 口座振替

5. 緊急時の対応

利用者の体調の急変等があった場合には、かかりつけ医や関係医療機関等に連絡し、必要な処置を講ずるとともに、緊急連絡先であるご家族等に速やかに連絡をいたします。

また、かかりつけ医での対応が困難な場合には以下の医療機関等に協力いただき、対応させていただきます。

【協力医療機関】

名称・診療科	医師	住所	電話番号
花田クリニック (内科)	花田昌也医師	江津市嘉久志町 イ 668 番地 19	0855-52-7722

6. 事故発生時の対応

利用者に対するサービス提供時に事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、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います。

7. 非常災害対策

事業所は、消防計画を作成するとともに、非常災害に備えるため、想定される災害に係る避難訓練、救出その他必要な訓練を実施いたします。

8. 衛生管理について

事業所は、利用者の使用する設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、健康管理等に必要となる機械器具等の管理を適正に行います。

また、当事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための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、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施します。

9. 守秘義務

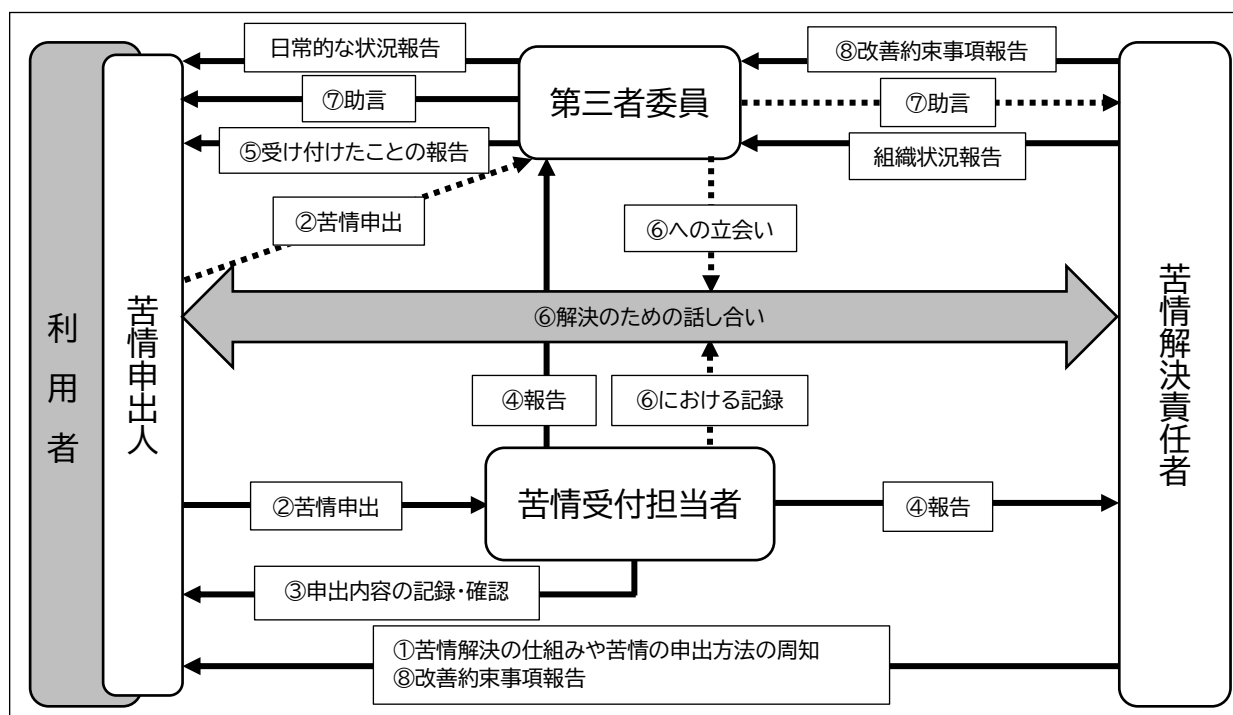
事業者及び従事者は、サービス提供にあたって知り得た利用者並びに家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩いたしません。これは従事者が退職後及び契約終了後も同様といたします。

10. 苦情の受付

(1) 当事業所における苦情解決概要

苦情解決図の手順に従い苦情や相談を受け、解決を図ります。

【苦情解決図】



(2) 苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

【苦情受付担当者】

氏 名 植 田 雅 徳 [職名]生活相談員・介護職員

受付時間 8:00～17:00 毎週月曜日～金曜日

連絡先 0855-54-3100

【苦情解決責任者】

氏 名 桑 原 文 寿 [職名]管理者

連絡先 0855-54-3100

【第三者委員】

氏 名 佐々木 康 子 連絡先 0855-53-0164

氏 名 川 島 幸 雄 連絡先 0855-52-5695

氏 名 土 崎 一 雄 連絡先 0855-53-4625

(3) その他の苦情受付機関

①行政機関

江津市役所 高齢者障がい者福祉課 高齢者福祉係	所在地 江津市江津町 1016 番地 4 電話番号 0855-52-7480 受付時間 8:30～17:15 (土・日・祝日を除く)
浜田地区広域行政組合 介護保険課	所在地 浜田市殿町 1 番地 浜田市役所北分庁舎内 電話番号 0855-25-1520 受付時間 8:30～17:15 (土・日・祝日を除く)

②第三者機関

島根県運営適正化委員会	所在地 松江市東津田町 1741 番地 3 いきいきプラザ島根 5F 電話番号 0852-32-5913 受付時間 8:30～17:00 (土・日・祝日を除く)
-------------	---

③国民健康保険団体連合会

島根県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	所在地 松江市学園 1 丁目 7 番 14 号 電話番号 0852-21-2811 受付時間 9:00～17:00 (土・日・祝日を除く)
--------------------------------	---

1 1. 第三者評価の実施状況

実施の有無	☐ 実施している	☒ 実施していない
実施年月日		
評価機関		
結果の開示状況		

1 2. 虐待防止の措置について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 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を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的の実施します。
- (3) 前 2 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

【虐待防止に関する責任者】

氏 名 桑 原 文 寿 [職名]管理者

【高齢者虐待に関する相談・通報・お問い合わせなど】

江津市

江津市地域包括支援センター	所 在 地	江津市江津町 1016 番地 37 (済生会江津総合病院 1 階)
	電話番号	0855-52-7488
	受付時間	8:30~17:15 (土・日・祝日を除く)

1 3. 身体拘束等の禁止について

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。また、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的の実施します。

サービス利用料金表

サービスを利用された際の料金は、以下の（１）～（４）の合計の額となります。

※（１）及び（２）の料金に関しては、給付の対象となるため、利用者の要介護度に応じて利用料から給付費額を除いた金額（介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた額）をお支払いいただきます。ただし、区分支給限度基準額を超えてサービスを利用された場合は、超えた部分に関しては全額をお支払いいただきます。

※以下の場合にはサービス利用料金の全額をいったんお支払いいただく場合があります。利用者が保険給付の申請を保険者にされると自己負担額を除く金額が保険者より支払われます（償還払い）。償還払いとなる場合、申請に必要な「サービス提供証明書」を交付します。

①要支援若しくは事業対象者の認定を受ける前にサービスを利用したとき

②介護予防ケアプラン（計画書）が作成されていないとき

③保険料の滞納により支払方法の変更の措置を受けているとき

※（３）及び（４）の料金に関しては、給付の対象とはならないため、全額をお支払いいただきます。

※給付額及び食費に変更があった場合、利用者負担額を変更させていただきます。

（１）基本料金

介護予防通所介護（従来型）

利用頻度	介護度	基本単位	利用料	利用料金		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
週 1 回程度利用（月額）	事業対象者	1,798	1,7980 円	1,798 円	3,596 円	5,394 円
	要支援 1					
	要支援 2					
週 2 回程度利用（月額）	事業対象者	3,621	36,210 円	3,621 円	7,242 円	10,863 円
	要支援 1					
	要支援 2	3,621	36,210 円	3,621 円	7,242 円	10,863 円

通所型サービス A（緩和型）

サービス	利用回数	介護度	基本単位	利用料	利用料金		
					1 割負担	2 割負担	3 割負担
A 2 半日 2 時間以上 5 時間未満	週 1 回 程度利用	事業対象者	1,251	12,510 円	1,251 円	2,502 円	3,753 円
		要支援 1					
		要支援 2					
	週 2 回 程度利用	事業対象者	2,502	25,020 円	2,502 円	5,004 円	7,506 円
		要支援 1					
		要支援 2					

(2) 加算料金

介護予防通所介護（従来型）

加算	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ※事業対象者・要支援 1・2（週 1 回）	88	880 円	88 円	176 円	264 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ※事業対象者・要支援 2（週 2 回）	176	1,760 円	176 円	352 円	528 円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	9.2%	基本単位×10 円	利用料の 1 割	利用料の 2 割	利用料の 3 割

通所型サービス A（緩和型）

加算	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
複合型プログラム実施加算	200 単位／月	基本単位 ×10 円	利用料の 1 割	利用料の 2 割	利用料の 3 割
維持・改善評価加算	120 単位／月	基本単位 ×10 円	利用料の 1 割	利用料の 2 割	利用料の 3 割

(3) 食費

食費名	料 金	内 訳	内 容
昼 食	880 円	食材料費額 550 円＋調理費相当額 330 円	デイサービスご利用時の昼食としてご提供させていただきます。
夕 食	880 円	食材料費額 550 円＋調理費相当額 330 円	時間延長時に夕食をご希望された場合にご提供させていただきます。
簡易昼食	440 円	食材料費額 220 円＋調理費相当額 220 円	利用者の心身の状況により簡単な昼食として、又は、持ち帰りの弁当としてご提供させていただきます。
簡易夕食	440 円	食材料費額 220 円＋調理費相当額 220 円	持ち帰りの弁当としてご提供させていただきます。

※当事業所のサービスをご利用の際には、衛生面、安全面等、考慮した結果、基本的に当事業所の用意した食事を摂っていただくことにしております。（当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体や口腔の状況及び嗜好を考慮した食事を提供しております。）

(4) 日常生活上必要となる諸費用

日常生活用品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

加算の説明（介護予防通所介護【従来型】）

加算名	内容	算定回数等
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	当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%以上の人数で配置されている場合に算定します。 ※区分支給限度額の対象外となります。	1 月につき
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。 ※区分支給限度基準額の対象外となります。 ※小数点以下は四捨五入となります。	基本料金に各種加算を加えた総単位数の 9.2%

加算の説明（通所型サービスA【緩和型】）

加算名	内容	算定回数等
複合型プログラム実施加算	「運動機能向上」、「栄養改善」、及び「口腔機能向上」の3つのプログラムを作成し、プログラムに基づいてそれらを複合的に実施した場合に算定します。	1 月につき
維持・改善評価加算	評価対象となる期間において、利用者の状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価対象期間の翌年度において所定単位数を算定します。	1 月につき

サービス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。

令和 年 月 日

事業者 住 所 島根県浜田市金城町七条八五五九番地2
事業者名 社会福祉法人いわみ福祉会
代 表 者 理事長 室 崎 富 恵 印

説明者職名

氏 名 印

私は、本書面に基づいて上記の重要事項を、事業者から説明を受けたことを確認し、サービスの提供開始に同意します。

契約者（利用者）

住 所

氏 名 印

代理人

住 所

氏 名 印

(契約者との関係) _____