

『通所介護型・生活支援通所型サービス』 重 要 事 項 説 明 書

泉中央南デイサービスセンター

〒981-3126

宮城県仙台市泉区泉中央南15番地

電 話 022-347-3295

FAX 022-347-3296

【 目 次 】

1. 事業所
2. 事業所の概要
3. 職員の体制
4. 身元引受人
5. 連帯保証人
6. 個人情報に関する基本方針と取り扱いについて
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金
8. 緊急時の対応
9. サービス利用に関する留意事項
10. 感染症予防について
11. 苦情受付について

『通所介護型・生活支援通所型サービス』

重要事項説明書

1. 事業所

- (1) 法人名 社会福祉法人 愛泉会
- (2) 法人所在地 宮城県仙台市泉区泉中央南15番地
- (3) 電話番号 022-347-3281
- (4) 代表者氏名 理事長 佐藤 浩
- (5) 設立年月日 昭和58年 8月 1日

2. 事業の概要

(1) 事業所の種類

指定 通所介護型

平成30年 4月1日 指定 0475503330号

指定 生活支援通所型

平成29年 4月1日 指定 04A5500040号

(令和 1年 8月より休止中)

(2) 事業所の目的

社会福祉法人 愛泉会が開設する泉中央南デイサービスセンター（以下「事業所」という。）が行う仙台市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号通所事業 通所介護型・生活支援通所型サービス（以下、「通所型サービス」という。）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高齢者（以下「利用者」という。）に対し、適切な通所型サービスを提供することを目的とします。

- (3) 事業所の名称 泉中央南デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 宮城県仙台市泉区泉中央南15番地
- (5) 電話番号 022-347-3295
- FAX 022-347-3296
- (6) 事業所長（管理者） 高橋 義明

3. 職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して、介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しております。

【職員の配置状況】

職 種	員数	職 務 内 容
所 長 兼 生活相談員 介護福祉士	1	事業所の職員の管理及び仙台市介護 予防、日常生活支援総合事業に係る 業務管理
生活相談員 兼 介護職員 (常勤兼務 2名) 介護福祉士 介護支援専門員(1名)	2	利用者及び家族への相談援助 関係機関との連絡調整 通所介護型支援計画書の作成及び実施 状況の把握 サービス全般の適切な管理
介 護 職 員 (常勤専任 6名)	6	通所介護型支援計画書に基づき、利用者 個々の日常生活機能の維持・改善を 図り、適切なサービスの提供と援助 安全な送迎サービスの提供
介 護 職 員 (常勤専任 1名) 介護福祉士	0	生活支援通所型サービスの専従職員 として、適切なサービスの提供と 援助
看 護 職 員 (兼務 4名) 看 護 師・準看護師	4	利用者及び職員の健康管理 利用者、ご家族への健康相談援助及び 助言
機能訓練指導員	1	残存機能の維持向上を図り、日常生活を 営む上で、必要な機能の減退を予防する 機能訓練の実施
管理栄養士 (兼 務)	1	利用者の栄養、身体状況を把握し、嗜好 を考慮した食事メニューの提供 利用者及びご家族への栄養相談援助 及び助言
調 理 師 (委 託)	1	管理栄養士の作成した献立に基づき、 利用者の身体状況に応じた、調理業務

4. 身元引受人(契約書第20条参照)

ご利用者は、契約時にご利用料金等の滞納があった場合に備えて、債務の保証人として身元引受人を定めていただきます。

5. 連帯保証人(契約書第21条参照)

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額60万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、ご利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただくことがあります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び事業所は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

6. 個人情報に関する基本方針と取り扱いについて

ご利用者の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。事業所の保有する利用者様等の個人情報に関し、適正かつ適切な取り扱いに努力すると共に、広く社会から信用を得る為に、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関する法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ります。

1. 個人情報の適切な取得、管理、利用、開示、委託

- ① 個人情報の取得にあたり、利用目的を明示した上で、必要な範囲の情報を取得し、利用目的を通知または、公表し、その範囲内で利用します。
- ② 個人情報の取得、利用、第三者提供にあたり、ご本人様の同意を得ている事とし、実施いたします。
- ③ 事業所が委託する医療、介護関係事業所は、業務の委託にあたり個人情報保護法と厚生労働省ガイドラインの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業所を選定し、かつ個人情報に係る契約を締結した上で情報提供し、委託先への適切な監督をします。

2. 個人情報の安全性確保の措置

- ① 事業所は、個人情報保護の取り組みを全職員等に周知徹底させるために個人情報に関する規則類を整備し、必要な教育を継続的に行います。
- ② 個人情報への不正アクセス、個人情報の漏えい、滅失、または棄損の予防及び是正の為、事業所において規則類を整備し安全対策に努めます。

3. 個人情報の開示、訂正、更新、利用停止、削除、第三者提供の停止への対応

事業者はご本人が自己の個人情報について開示、閲覧、訂正、更新、利用停止、削除、第三者提供の停止等の申し出がある場合には、速やかに対応します。

これをご希望される場合には、個人情報相談窓口（電話：022-347-3295）までお問い合わせ下さい。

4. 苦情の処理

事業所は、個人情報取り扱いに関する苦情に対し、適切かつ迅速な処理に努めます。尚、この個人情報に関する方針は、当事業所内に掲示し公表するとともに、要望に応じて紙面にて公表します。

5. 個人情報の利用目的

- (1) ご利用者に係る介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供される為を実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (2) 医療機関、福祉事務所、介護支援専門員、介護サービス事業所、自治体（保険者）その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
- (3) ご利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合。
- (4) ご利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため。
- (5) 介護支援専門員が開催する評価会議、サービス担当者会議。
- (6) 行政、外部監査機関、評価機関等への情報提供。
- (7) 事業所等において行われる学生等の実習への協力。
- (8) 事業所において行われる事例研究等。
- (9) 事業所内掲示板、事業所の機関紙、事業所のパンフレット等へのご利用者の日常生活、行事等を紹介する為のご利用者、またはご家族の写真等の掲載。

(10) その他サービス提供で必要な場合。

(11) 上記に関わらず、緊急を要する場合の連絡等の場合。

6. 利用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しません。また、ご利用者様とのサービスご利用に係る契約の締結前から、サービス終了後においても、第三者に漏らしません。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示いたします。

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービス内容

①介護サービス・生活相談援助

生活相談員及び介護職員は、ご利用者の生活環境及び個々の健康状態の程度に応じた通所介護型支援計画に従ったサービスの提供に心がけるとともに個々の家庭環境の把握に努め、ご利用者及びご家族に対する生活援助に努めます。

②健康状態の確認

看護職員は、ご利用者の健康状態の観察をきめ細やかに行い、家庭並びに医療機関との連携を密に行うと共に健康相談援助、助言に努めます。

③入浴サービス（通所介護型のみ）

看護職員及び介護職員は、ご利用者の健康状態を把握し、個々の身体状況に合わせ、安全でゆったりとした適温入浴サービスを提供します。

④管理栄養士の献立により、季節感にあふれる素材を使用し、栄養のバランスが取れた食事を提供すると共に、ご利用者個々の身体状況に応じた食事形態や嗜好に配慮して、健康増進、維持に努めます。

⑤機能訓練（通所介護型のみ）及びレクリエーション

機能訓練指導員及び生活相談員・介護職員は、ご利用者の残存機能の維持向上に向けて小グループを対象に、リハビリテーション的な要素を取り入れた機能訓練を計画し、ご利用者同士のコミュニケーションと気分転換を図りながら、心身機能の向上に繋がるよう計画的、継続的に実施して行くよう努めます。また心身の状態を把握し、身体機能維持を目的に、機能訓練を実施します。

⑥安全な送迎

運転職員は、安全を第一に考慮し、交通事故のないよう安全運転に努め心と時間にゆとりを持って、送迎致します。また、添乗員は、ご利用者の身心の把握に努めます。基本は、二名体制の送迎ですが、少人数の場合は安全を考慮した上で、一名対応で実施致します。

(2) 介護保険給付対象サービス利用料金 (地域単価 6級地 10,27円)

別紙添記の単位表によって、ご利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた(自己負担額)をお支払いいただきます。

①ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)また居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

②ご利用者に提供する食事の食材、調理に係る費用は別途いただきます。

③介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご利用者の負担額を変更いたします。

(3) 介護保険給付の対象とならないサービス利用料金

以下のサービスについては、自己負担になります。

① 食材費及び調理費、おやつに係る費用

・通所介護型：『昼食600円』 ・生活支援通所型：『休止中』

② レクリエーション、クラブ活動に係る費用・・・実施に要した材料費の実費。

③ 野外散策、通常実施区域外での活動に係る費用。ガソリン代等

④ 日常生活上お世話に係る費用 (排泄用品：原則として物々交換)

⑤ その他

経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合、2か月前までにご説明いたします。

(4) 利用料金のお支払方法(契約書第7条参照)

利用料金、実費料金は1カ月毎に計算し、月中頃に前月分の請求書をお渡し致しますので、銀行口座振替又は、後日現金でお支払い願います。

(5) 利用日の中止・変更・追加(契約書第8条参照)

①利用予定日に、ご利用者の都合によりサービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービス実施日の前日までに事業所にお申し出ください。

②利用予定日の前日17時30分までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の金額をお支払していただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等の正当な事由がある場合には、この限りではありません。

※利用予定日の前日まで申し出があった場合 無 料

※利用予定日の9：30までに申し出がなかった場合 . . . 昼食代

③サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を提示して、ご協力をいただく場合があります。

(6) 加算及び利用料金

【運動器機能向上加算】 (通所介護型サービスのみ)

機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語療法士、看護職員、柔道整復師または、あん摩マッサージ指圧師または、一定の実務経験を有するハリ師、きゅう師を1名以上配置して行うものです。機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が利用者ごとに運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握し利用者の運動器の向上を目的に個別機能訓練計画を作成し計画に基づき、機能訓練を行います。機能訓練は利用者の心身の状態の維持または、向上に資すると認められるものに加算されます。

『1ヶ月につき加算される単位数 225単位/月 』（要支援者）

尚、機能訓練指導員等は個別機能訓練計画を作成し、その後3ヶ月ごとに利用者又は家族に対し、訓練内容・計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等も行います。

【同一建物減算】 (通所介護型サービスのみ)

事業所と同一建物内に居住するご利用者様に、サービス提供をした際に適用される減算加算になります。

事業対象者・要支援1 72単位/月

事業対象者・要支援2 144単位/月

【科学的介護推進体制加算】 (通所介護型サービスのみのみ)

厚生労働省が指定するデータベース、科学的介護情報システム(LIFE:ライフ)に、ご利用者様ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他のご利用者様の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、フィードバックされた情報をもとにサービス計画作成や見直しに生かす場合に加算されます。

『1ヶ月につき加算される単位数 40単位/月』(要支援者)

【サービス提供体制強化加算(Ⅱ)】

事業所の介護職員の中で、『介護福祉士』の資格取得者の割合が50%を超えて、職員体制の強化及び経験豊富な職員を一定の割合数を配置し、サービスの質の向上に取り組みを実施することで得られる加算になります。

『通所介護型施設・生活支援通所型施設における加算』

事業対象者・要支援1 72単位/月

事業対象者・要支援2 144単位/月

【介護職員処遇改善加算Ⅰ ・ 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ】

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行する為に、例外的かつ経過的な取り扱いとして、所定単位数を乗じて単位数で算定されます。

『通所介護型・生活支援通所型施設における加算 5.9% ・ 1.2%』

【地域区分】

国家公務員の地域手当に準じ、地域割の区分を7区分に分けられ適用地域、上乗せ割合について以下のようになります。

『地域区分ごとの上乗せ割合 仙台市 6級地 10.27%』

【1ヶ月の利用者様負担分について】

合計単位×10.27=全額(10割) 国保連負担(9割) A:自己負担(1割)
処遇改善加算 5.9%・1.2%

1ヶ月の合計単位×0.059×地域加算 10.27=金額(10割)

1ヶ月の合計単位×0.012×地域加算 10.27=金額(10割)

国保連負担(9割) B:自己負担(1割)

※A+B+食事代 ⇒ 1ヶ月のご利用料金(自己負担分)となります。

※平成30年8月より、一定の所得がある方の利用料が1割~3割負担

になります。市町村より「介護保険負担割合証」が発行されますので、ご確認なされ、事業所にご提示下さいますようお願い致します。

8. 緊急時の対応

緊急事態が発生した場合には、ご家族に連絡するとともにその措置は、以下の通りとします。

- ①体調の急変、事故等が発生した場合、速やかに主治医、ご家族に連絡するとともに管理者へ報告し、主治医の指示のもと医療機関への受診等必要な措置を行います。
- ②送迎中の事故等に対しては、自動車賠償保険及び任意保険を適用すると共に必要な対応を速やかに行います。
- ③施設内事故等に対しては、主治医及び併設施設の嘱託医の指示に従い、応急処置を行い、指示に応じて医療機関への受診等の必要な措置を行います。また必要な賠償には、施設損害賠償保険より対処いたします。
- ④事故発生時は、行政機関へ速やかに報告を行います。
 - ・宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課 TEL 022-222-7079
 - ・仙台市介護保険事業支援課居宅サービス指導係 TEL 022-214-8192

9. サービス利用に関する留意事項

施設・設備の使用上の留意事項

- ①施設・設備、敷地をその本来の用途に従って、利用してください。
- ②故意または、わずかな注意を払えば避けられたにも関わらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、現状に復していただくか、または相当な対価をお支払いいただく場合があります。
- ③当事業所の職員や他のご利用者に対して、迷惑をおよぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ④喫煙、事業所の喫煙スペース以外での喫煙はご遠慮ください。
- ⑤新規ご利用の際は、身体状況等がわかるフェイスシートを提出して頂きます。継続利用の場合は、再度提出は不要ですが、身体状況に著しい変化が見られた場合には、再提出をお願い致します。

10. 感染症予防について

新型インフルエンザ等を含む感染予防の強化を図っております。万全を期してはおりますが、多数の方々が入り出ておりますので、不足の事態も考えられます。感染者と接触なされた場合、一定の期間ご利用をご遠

慮いただく場合もございます。ご利用者及びご家族の皆様には、このことをご理解のうえ、当事業所をご利用頂きますようご協力宜しくお願い致します。

11. 苦情受付について(契約者書第 21 条参照)

当事業所における苦情や相談等は以下の専用窓口で受付けています。

①苦情受付窓口(担当者)

【職名】 生活相談員 加藤 しず

苦情解決責任者

【職名】 事業所長(管理者) 高橋 義明

②受付時間 毎週 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分

※当施設内に苦情受付ボックスを設置しております。

※日曜日はファックスにて、受付けております。

③ 電 話 022-347-3295

F A X 022-347-3296

④行政機関その他の苦情受付

仙台市介護保険事業支援課居宅サービス指導係

電 話 022-214-8192

宮城県国民健康保険団体連合会苦情処理係

電 話 022-222-7700

令和 年 月 日

【契 約 及 び 同 意 書】

通所介護型・生活支援通所型サービス提供の開始に伴い、文書に基づき契約書及び重要事項の説明を行いました。

〒 9 8 1 - 3 1 2 6
事業者名 住 所 仙台市泉区泉中央南 1 5 番地
社会福祉法人 愛泉会
代表者氏名 理事長 佐 藤 浩 印

泉中央南デイサービスセンター

説明者 職 名 生活相談員 氏 名 _____ 印

私は本書面に基づいて、サービス事業者から契約書及び重要事項の説明を受け、通所介護型・生活支援通所型サービス提供開始に同意致しました。

契約者(ご利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 _____

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 _____

連帯保証人

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 _____