

地域密着型通所介護 重要事項説明書

有限会社 岩出
なないろデイサービス

地域密着型通所介護重要事項説明書

令和6年4月1日現在

1、事業者が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0289-77-7165（午前8時30分～午後5時30分まで）

担当 高橋広道（ご不明な点は何なりとお尋ねください。）

2、「なないろデイサービス」の概要

（1）事業所名等

事業所名	なないろデイサービス
所在地	〒322-0026 栃木県鹿沼市茂呂 2526 番地 8
介護保険指定番号	0990500415
サービス提供地域	鹿沼市
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
休業日	年末年始（12/31～1/3）
サービス提供時間	午前9：15～午後4：15（送迎時間を除く）
1日の利用定員	15名

（2）事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護者である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、必要な日常生活上の支援および機能訓練を行う事により、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指し、適正な指定地域密着型通所介護を提供することを目的とする。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

(3) 事業所の職員体制

管理者	常勤 1 名
生活相談員	常勤 2 名 非常勤 1 名
介護職員	常勤 7 名 非常勤 2 名
看護職員	常勤 1 名 非常勤 2 名
機能訓練指導員	常勤 1 名 非常勤 2 名

(4) 事業所の設備の概要

食堂兼機能訓練室 ・ 個別浴槽 ・ 特殊浴槽 ・ 相談室 ・ 静養室 ・ 厨房 ・ 事務室

3、サービス内容

送迎	利用者のご自宅と当事業所との間の送迎を行います。(身体状況により送迎介助が必要になる場合があります。)
食事	栄養バランスと、利用者の嗜好を考慮した食事を提供します。
入浴	利用者の体調に合わせて入浴を行います。介助が必要な方は職員がお手伝い致します。
生活相談	利用者や家族からの相談に応じ、情報提供も行います。
健康チェック	体温・血圧・脈拍・体重などの測定を行い、一般的な健康管理を行います。

4、利用料金(1回あたり)

地域密着型通所介護を提供した場合の額は、介護報酬告示上の額とし、介護保険の認定を受けている方は、別表、利用料のうち各利用者の負担割合(1~3割)に応じた額の支払いを受けるものとします。

(1) 介護保険給付対象サービス (7 時間以上 8 時間未満)

利用者の 介護度	基本利用 単位	利用者負担		
		1 割	2 割	3 割
要介護 1	750 単位	761 円	1,521 円	2,282 円
要介護 2	887 単位	899 円	1,799 円	2,698 円
要介護 3	1,028 単位	1,042 円	2,085 円	3,127 円
要介護 4	1,168 単位	1,184 円	2,369 円	3,553 円
要介護 5	1,308 単位	1,326 円	2,653 円	3,979 円

※地域加算：鹿沼市は 7 等級地につき、基本単位×10.14 が利用料金総額となります。

※送迎は基本単位数に含まれています

※ご家族等送迎の場合、送迎減算片道：47 単位、往復：47 単位×2=94 単位が減算となります。

※別表により、負担割合別の料金をご確認ください。

その他、利用者の状況による加算

科学的介護推進体制加算 (LIFE 加算) 40 単位 (月)

利用者の、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、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ている場合

入浴介助加算 (I) 40 単位 (回)

入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助を行う。

入浴介助加算 (II) 55 単位 (回)

①医師等が利用者を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。

②機能訓練指導員等が共同し、居宅を訪問した医師等と連携の下、利用者の身体状況や訪問で把握した浴室環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成している場合 ※加算 (II) はケアプランの必要性に応じて個別に対応いたします。

個別機能訓練加算 (I) イ 56 単位 (回)

サービス提供強化体制加算 (I) 22 単位 (回)

下記のいずれかを該当している事業所

①介護福祉士 70%以上又は②勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上

介護職員処遇改善加算 (1) / サービス利用料金総単位数の 5.9% (月)

厚生労働省が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護事業所が、ご契約者様に対して加算算定を行うものです。利用者ごとの 1

月の総単位数(上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算)に5.9%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額となります。

介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) / サービス利用料金総単位数の1.0%(月)

上記処遇改善加算(Ⅰ)と同様、ご契約者様に対して加算算定を行うものです。利用者ごとの1月の総単位数(上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算)に1.0%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額となります。

介護職員等ベースアップ等支援加算/サービス利用総単位数の1.1%(月)

上記処遇改善加算と同様、厚労省が定め施行される制度で、ご契約者様に対して加算算定を行うものです。新型コロナウイルス感染症および新興感染症予防と拡大防止等への取り組みと、超高齢化社会に対応できるよう介護職員の人材確保と定着率の向上等の取り組みの一環によるものです。

利用者ごとの1ヶ月の総単位数(上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算)に1.1%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○食材費 720円(おやつ代含む)

○おむつ代 リハビリパンツ 1枚 100円

 パット代 1枚 60円

※基本的には紙おむつ持ち込みとしますが、施設の物を使用した時は上記料金といたします。

○支払方法

毎月10日までに前月分の請求をいたします。利用料金と一緒に請求口座引落としとさせていただきます。

5、サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話等でご連絡ください。当事業所の職員がお伺いいたします。契約を締結した後、サービス提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にケアマネージャーとご相談下さい。

(2) サービス契約の終了

利用者のご都合で契約を終了する場合

①サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書にてご通知下さい。

②当事業所の都合で契約を終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合には双方の通知が無くとも自動的に契約を終了します。

- 1 利用者が介護保険施設に入所した場合。
- 2 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。（この場合、別のサービスを受けるご相談に応じます。）
- 3 利用者が亡くなられた場合。

④その他の終了

- ・ 当事業所が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者及びご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合には、利用者は文書にて解約を申し出ることによって即座に契約を終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金支払の催告をしたにもかかわらず一週間以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者ご家族などが当事業所及び職員に対して契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座に契約を終了させていただく場合があります。
- ・ 利用者が、1ヶ月以上休みが続いたときは、ご連絡させて頂き契約を継続するかどうかをご確認させて頂きます。継続が不可能な場合は契約終了とさせて頂きますのでご了承ください。
- ・ 利用者間で金銭の貸し借りが行われたと認められた場合は、文書で通知することにより即座に契約を終了させて頂きます。その際トラブルとなった場合は個人間の問題のため当事業所は一切の関与及び責任を負うことは出来ません。

6、当事業所の特徴

(1) 運営の方針

- ・ 当事業所の職員は、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、常に利用者の立場に立った、必要な日常生活上の援助、および機能訓練を行なう。
- ・ 事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村保険者、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他保健・医療・福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、総合的なサービス提供と、サービスの質の向上に努める。

(2) サービス利用のために

事 項	有・無	備 考
男性介護職員の有無	有	
職員への研修	有	年2回の研修を行ないます。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

①送迎時間の連絡

初めての利用者には前日に電話連絡をいたします。利用者の利用状況等により、サービス提供時間が変わる場合にも電話で連絡をいたします。

②体調確認

当事業者に到着後、体温・血圧を測定し、声掛け等で体調を確認いたします。

③体調不良等によるサービスの中止・変更

体温が平熱以上の場合や、通常の血圧よりも変化が著しい場合は入浴等を中止させていただく場合があります。また、体調不良が著しい場合はご家族に連絡をとり、病院等へお送りします。

④お食事のキャンセル

上記の体調不良が著しい場合などにはキャンセル可能です。ただし、当日のお申出についてはその他実費の返金はいたしません。

⑤設備・器具のご利用

職員の適正な指導のもとご利用いただけます。

故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにも拘らず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

⑥サービス提供の中止

地震・台風・大雪・警報時等、サービスを継続できない気象状況になった場合はやむを得ず、サービスの中止又は打ち切りとさせて頂く場合がありますのでご了承ください。

感染症蔓延防止の為、新興感染症（新型コロナウイルス等）、季節性インフルエンザやノロウイルス等の流行期に症状がある場合は早めに受診していただき、診断が出た場合はその期間デイサービスのご利用を中止とさせていただきます。

⑦その他

事業所では基本的に禁煙とさせて頂いており、事業所内には喫煙所を設けておりません。禁煙にはご理解とご協力をお願いいたします。

事業所内においては基本的に携帯電話の使用をご遠慮願います。事業所が必要と認められた場合は決められた場所において使用いただきます。

7、緊急時の対応

サービス提供中に容態の変化があった場合には、契約書別紙にて事前にご指定いただいた、主治医、親族、居宅介護支援事業者、救急隊等へ連絡をとるなど必要な措置を講じます。

○緊急時(意識が無い場合等)

看護師判断→救急車を要請及び主治医に連絡 → 家族等へ連絡 → 管理者等へ連絡 → 関係機関への連絡

○軽度の場合(意識がある場合等)※連絡の順番は多少前後する場合があります。

看護師判断→家族等へ連絡→主治医に連絡し指示を受ける → 必要に応じ病院受診(救急車要請有) → 管理者等へ連絡 → 関係機関への連絡

8、非常災害対策

- ・ 防災時の対応 …… 防火管理体制により対応します。
- ・ 防災設備 …… 消防署の定期的な検査・指導のもと整備されています。
- ・ 防災訓練 …… 年2回以上、訓練を実施しています。

9、事故発生時の対応について

- 1 当事業者は利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の 家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 2 当事業所は、前項の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、保管します。
- 3 当事業所は利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10、サービスに関する苦情申し立て及び相談

(1) 当事業所ご利用者相談・苦情窓口

担当者 管理責任者 高橋広道 電話 0289-77-7165

(2) その他

当事業所以外に、市町村及び国民健康保険団体連合会への苦情申し立てができます。

- ・ ご利用者相談・苦情窓口 電話連絡先

鹿沼市 介護保険課 介護保険係 0289-63-2283

1 1、運営法人の概要

法人名 有限会社 岩出
代表者 代表取締役社長 岩出 ヤス子
所在地 〒322-0026 栃木県鹿沼市茂呂 2527-9
電話 0289-76-3408

1 2、個人情報について

なないろデイサービスが業務上知り得た、私並びに家族の個人情報を医療上必要性がある場合、もしくはサービス担当者会議で他事業者との連携を図る等正当な理由がある場合に、必要な情報を公開したり、提供していただくことがあります。

1 3、身体拘束の禁止

身体拘束は禁止する。ただし、「緊急やむを得ない」の全ての要件

- ①利用者本人の生命の危険又は、他の利用者に生命の危険にさらされる場合
- ②身体拘束以外に代替える介護が無い場合
- ③身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合

に該当した場合は、多職種協議で計画書を作成し、その内容を利用者及び家族に説明を行い、その内容について利用者及び家族の署名、捺印をもらった上で、期間を決めて実施するものとする。

1 4、高齢者の虐待防止

高齢者虐待防止法に基づき、虐待の防止と発見に努め、発見した場合には関係機関に通報する。

1 5、第三者評価など

第三者による実地調査等 有 無

令和 年 月 日

指定居宅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2部作成し、1部を当社控、1部をご利用様に交付いたします。

説明者名 なないろデイサービス

氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、重要事項説明書を受領し、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏 名 _____

家族代表住所 _____

氏 名 _____ 続柄 _____