通所介護重要事項説明書

サービスの提供開始にあたり，厚生労働省令の規定に基づき，当事業者が利用者に説明すべき重要事項は，次のとおりです。

１．事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人　にいつ福祉会
主たる事務所の所在地	〒956-0834　新潟市秋葉区小口４４３番地
代表者（職名・氏名）	理事長　長谷川　勇一
設立年月日	平成15年1月21日
電話番号	0250－21－0007

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター　こぐち苑	
サービスの種類	通所介護	
事業所の所在地	〒956-0834　新潟市秋葉区小口４４３番地	
電話番号	0250－21－0007	
指定年月日・事業所番号	平成16年4月1日指定	１５７０１０３６６１
実施単位・利用定員	１単位	定員35人
通常の事業の実施地域	新潟市秋葉区、五泉市	
第三者評価の実施状況	当事業所では第三者評価は実施しておりません。	

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が，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，生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう，居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
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，利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止，もしく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。

４．提供するサービスの内容

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，排せつ，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並びに利用者の家族の身体的，精神的負担軽減を図るサービスです。

５．営業日時

営業日	月曜日～土曜日　※日曜日と元日はお休みです
営業時間	午前８時００分から午後５時００分まで
サービス提供時間	午前８時３０分から午後４時００分まで 延長時間は定めませんがやむを得ない場合，ご相談ください。

６．事業所の職員体制

従業者の職種	職務内容	勤務の形態・人数
管理者	従業者の管理及び申込みに係る調整，業務実施状況の把握，その他の管理を一元的に行います。	常勤　１名 （併設の特養等との兼務可）
生活相談員	通所介護サービス利用全般に関する相談及び援助などを行います。	常勤　１人以上
看護職員	サービス提供前後及び提供中の利用者の心身の状況の把握，静養のための必要な措置及び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。	常勤　１人以上
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。	常勤　５人以上
機能訓練指導員	通所介護計画に基づき，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，機能訓練計画書を作成し実施します。	常勤　１人以上
管理栄養士	栄養改善サービスを行います。	常勤　１人以上 （併設の特養等と兼務）

７．サービス提供の担当者

サービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって，ご不明な点やご要望などありましたら，何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管　理　者	五十嵐　秀哉
担当職員の氏名	生活相談員	

８．利用者負担金

(1) 通所介護

このサービスを利用するにあたって，ご負担頂く料金は次のとおりです。

① 基本料金及び加算料金：この金額は介護保険の法廷料金に基づいています。地域区分の上乗せ割合により各単位に 10.14 円を乗じた額が利用料金になります。自己負担額は原則としてその１割または２割，または３割となります。尚，法令等の改正があった場合はその改正後の額とします。

・基本料金（単位：円，１割負担の場合）

サービス時間 / 料金項目	3～4 時間未満	4～5 時間未満	5～6 時間未満	6～7 時間未満	7～8 時間未満	8～9 時間未満
要介護　1	370	388	570	584	658	669
要介護　2	423	444	673	689	777	791
要介護　3	479	502	777	796	900	915
要介護　4	533	560	880	901	1,023	1,041
要介護　5	588	617	984	1,008	1,148	1,168

※　上記基本料金について，感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ，当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用数よりも 100 分の 5 以上減少している場合には，利用者数が減少した月の翌々月から３月以内に限り，１回に月所定金額の 100 分の 3 に相当する金額を加算させて頂きま

す。ただし，利用者数の減少に対応するための経営改善に時間要することその他の特別の事業があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から３月以内に限り，引き続き算定することができることとなっています。

※　当日の利用者の心身の状況や降雪等の急な気象状況の悪化により、実際の通所介護の提供時間が通所介護計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所介護計画上の金額を算定させて頂きます。

・減算料金　（単位：円、１割負担の場合）

□ 送迎減算　　片道　　－47 円

事業所が送迎を行わなかった場合に減算されます。

□ 高齢者虐待防止措置未実施減算

1 日　所定単位金額の 100 分の 1 に相当する金額を減算。虐待の発生又は再発を防止するための措置が講じられない場合、減算されます。

□ 業務継続計画未実施減算

1 日　所定単位金額の 100 分の 1 に相当する金額を減算。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（事業継続計画）が未策定の場合減算となります。

□ 同一建物減算　　1 日につき　－94 円

事業所と同じ建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合。

・加算料金

□ 入浴介助加算（Ⅰ）　　1 日　　40 円

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，入浴介助を行った場合に算定されます。

入浴介助加算（Ⅱ）　　1 日　　55 円

入浴介助加算（Ⅰ）の要件に加え，次の要件を満たす場合に算定されます。

①　医師等が利用者の居宅を訪問し，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。この際，当該居宅の浴室が，当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は，訪問した医師等が，介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し，福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

②　当該事業所の機能訓練指導員等が共同して，利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で，当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。

③　上記の入浴計画に基づき，個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて，入浴介助を行うこと。

※　入浴介助加算（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれかを算定させて頂きます。

□　個別機能訓練加算（Ⅰ）イ　　1日　56円

専従の機能訓練指導員を1名以上配置し，居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に，多職種共同でアセスメントを行い，個別機能訓練計画を作成し，利用者の心身の状況に応じて，身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を設定し機能訓練指導員が訓練を行った場合に算定されます。

□　個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ　　1日　76円

個別機能訓練加算（Ⅰ）イで配置する機能訓練指導員に加え専従の機能訓練指導員を1名以上配置し，（Ⅰ）イと同様の訓練を行った場合に算定されます。

□　個別機能訓練加算（Ⅱ）　1月　20円

加算（Ⅰ）に加え，個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し，ﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸを受け評価の見直しに活用する場合に算定されます。

※　個別機能訓練加算（Ⅰ）はイ，ロのいずれかを算定させて頂きます。

□　中重度ケア体制加算　　1日　45円

前年度あるいは算定を開始する月の前3月間の利用者総数のうち，要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上である場合に算定されます。

□　若年性認知症利用者受入加算　　1日　　60円

若年性認知症利用者へサービス提供した場合に算定されます。

□　栄養改善加算　　月2回まで　　1回につき200円

低栄養状態または低栄養状態のおそれのある利用者に対して，低栄養状態の改善等を目的として個別的に実施される栄養相談等の栄養管理を行った場合に算定されます。

□　栄養アセスメント加算　　1月　　50円

当事業所に併設する特養との連携により管理栄養士を1名以上配置し，利用者ごとに，管理栄養士，看護職員，介護職員，生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し，当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し，相談等に必要に応じ対応し，利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し，栄養管理の実施に当たって，当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定されます。

（口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）及び栄養改善加算を算定したときは算定されません。）

□　口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）　1回につき20円

デイサービスセンターの職員が，利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い，当該情報を利用者を担当する介護支

援専門員に提供している場合に算定されます。

（栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算を算定するときは当該加算は算定しません。）

□　口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）　１回につき５円　（６月に１回を限度）

栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している利用者に対し，口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い，当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合に算定されます。（栄養アセスメント加算，栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており，口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）を算定できない場合にのみ算定が可能）

□　口腔機能向上加算（Ⅰ）　　１回につき 150 円

口腔機能向上加算のサービス対象になる利用者に対し，算定要件で定められた人員配置や計画の作成・評価の実施等を含めた口腔サービスを提供した場合に算定されます。

□　口腔機能向上加算（Ⅱ）　　１回につき 160 円（３月を限度、月２回まで）

口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え，口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し，口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用し見直しを行った場合に算定されます。

□　科学的介護推進体制加算　　１月につき 40 円

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利用者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，必要に応じてサービス計画を見直すなど，サービスの提供に当たって，上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合に算定されます。

□　サービス提供体制強化加算　※（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定させていただきます。当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定。区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

○サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　　1 回　　22 円

○サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　　1 回　　18 円

○サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　　1 回　　6 円

□　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ-ロ）

介護職員の賃金の改善等を実施している事業所で、自治体に届け出を行い利用者にサービス提供を行なった場合。区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

1 月の利用料金（基本部分＋各種加算減算）の 12.0%

※ 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

・その他の料金

〇食費

食事の提供を受けた場合 1 回につき 850 円（15 時おやつ代含む）の食費を頂きます。

〇おむつ代

おむつ 1 枚　110 円，パット 1 枚　50 円，リハビリパンツ 1 枚　110 円

〇理髪等料金

各出張理美容業者の提示する実費

※ 理髪，移動美容室利用は事前申し込みが必要です。

〇その他

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について費用の実費をいただきます。

・キャンセル料

利用者のご都合により利用の直前にサービス利用を中止（キャンセル）する場合，850 円のキャンセル料金を頂きます。（当日キャンセルの場合）

（注１）利用予定日の前日までキャンセルの連絡を頂いた場合は，キャンセル料は不要。

９．緊急時における対応方法

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速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 （家族等）	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

１０．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は，速やかに利用者の連帯保証人，ご家族等，担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び必要により市町村等へ連絡を行うとともに，必要な措置を講じます。

１１．非常災害対策

① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き非常災害対策に関する取り組みを行います。

② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関へ通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。

③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年２回　　９月・３月）

１２．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。

事業所相談窓口	苦情解決責任者：管理者　　五十嵐　秀哉 苦情解決担当者：生活相談員 生活相談員 生活相談員 電話番号　0250－21－0007（受付時間　8：00～17：00） 窓口の設置場所　デイサービスセンターこぐち苑

（２）サービス提供に関する苦情や相談は下記の第三者委員にも申し立てることができます。

第三者委員	笹川　正文（法人評議員）	電話番号　0250－24－6977
	石崎　義郎（法人監事）	電話番号　0250－24-8055

（３）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。

苦情受付機関	新潟市役所介護保険課	電話番号　025－226－1273
	新潟市秋葉区役所健康福祉課	電話番号　0250－24－2111
	五泉市役所高齢福祉課	電話番号　0250－43－3911
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号　025－285－3022

１３．サービスの第三者評価の実施状況について

当施設で提供しているサービスの内容や課題等について，公正・中立な第三者機関による評価をいただく第三者評価の実施は現在実施しておりません。

１４．送迎にあたっての留意事項

デイサービスセンターこぐち苑では，送迎時の際にはご家族に在宅をお願いしておりますが，種々の事情によりご家族が不在であっても自宅までの送迎を希望される場合には次のとおり対応させていただきます。

（１）サービス担当者会議等でご家族が不在時にあっての送迎リスクについて十分に説明を行い，ご家族同意のうえ対応させていただきます。

（２）自宅の施錠を希望される場合には要望に沿った対応をさせていただきますが，盗難，紛失あるいはご利用者の自宅外への徘徊については事業所では一切責任を負えない旨を同意いただきます。

（３）リビングや寝室等，自宅内までの送迎を希望される場合には要望に沿った対応をさせていただきますが，転倒，転落等の事故については事業所では一切責任を負えない旨を同意いただきます。

（４）冷暖房機器や照明等の点・消灯を希望される場合には要望に沿った対応をさせていただきますが，火災その他機器類の故障等については事業所では一切責任を負えない旨を同意いただきます。

（５）前記のほか，送迎前後に生じた自宅内外の事故等については事業所では一切責任を負えない旨を同意いただきます。

１５．サービスの利用にあたっての留意事項

（１）サービス利用中の体調不良時はご家族様へ連絡し受診の相談を致します。
受診が必要な場合はご家族様対応で受診となりますのでご了承下さい。
又，集団生活の場となる為，受診に行かれない場合はご自宅で様子を診て頂くことになりますのでご協力お願い致します。

（２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用する為，衣類，持ち物に記名をお願い致します。記名が無い物が紛失した場合賠償責任は負えません。

（３）現金や高価な時計，装飾品等の貴重品はご持参にならないようにお願い致します。ご持参され，紛失されても責任は負えません。

（４）微熱や体調不良の症状がある時は無理せずサービスをお休み下さい。
特に新型コロナウイルス，インフルエンザやノロウイルスなど感染性の病気が疑われる場合は症状が落ち着くまで（主治医の許可が出るまで）ご利用をご遠慮下さいますようお願い致します。

（５）送迎時間が前後する場合があります。時間に余裕を持ってお支度をお願い致します。

（６）利用者間での物品のやり取りはご遠慮下さい。やり取りでトラブルとなっても責任は負えません。

（７）主治医の指示の下，処置・浣腸等の対応を行います。こちら側の判断で治療

は出来ません。状態が悪い場合は相談致しますので受診をお願い致します。
又，処置に必要な道具は全て各家庭でご準備お願い致します。ご本人様に処方された軟膏や内服でしか処置を行いません。

（８）理髪時の顔そりに関して，皮膚が弱い方や感染症の方は申込みがあっても対応出来ませんのでご了承下さい。

（９）デイサービスセンターこぐち苑では新聞を発行しております。事業所のイベンなどで撮影したご利用者様の写真を掲載させて頂く場合があります。掲載をお断りされる方はご連絡お願い致します。

（10）ご利用者及びご家族等による当事業者の職員に対するハラスメント行為などにより，健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合については，サービスの中止や利用契約書第９条の規定に基づき契約を解約することがあります（職員の写真や動画撮影，録音等を無断で SNS 等に掲載することを含みます。）。

（ハラスメントの具体例）

身体的暴力　　精神的暴力　　ｾｸｼｭｱﾙﾊﾗｽﾒﾝﾄ

物を投げつける，たたく等　　大声を発する・怒鳴る等　　必要もなく身体を触る等

（明らかに認知症行動によるハラスメント行為と認められる場合を除きます。）

にいつ福祉会のホームページに「カスタマーハラスメント基本指針」を掲載してあります。皆様のご理解とご協力をお願いします。

通所介護のご利用にあたり，利用者に対して利用契約書及び重要事項説明書に基づき重要な事項を説明し，本書面に契約を締結します。

契約を証明するために，本書２部を作成し，利用者及び事業者の双方が記名・押印のうえ，それぞれ１部ずつを保有します。

年　　月　　日

事　業　者　　所在地　新潟市秋葉区小口４４３番地
事業者名　社会福祉法人　にいつ福祉会
代表者職・氏名　理事長　　長谷川　勇一　　印

デイサービスセンター　こぐち苑
説明者職・氏名　　生活相談員　　印

私は，利用契約書及び重要事項説明書について事業者から説明を受け同意しました。

また，利用契約書中第１５条に規定する個人情報利用についても同意しましたので本書面に契約を締結します。

（利用者）　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（連帯保証人兼身元引受人）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（続柄　　）