

令和6年4月改訂版

社会福祉法人 博寿会

デイサービスセンターおおすみ苑

「介護予防日常生活支援総合事業第1号事業」

**重要事項説明書**

1. 指定介護予防通所型サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福法人 博寿会
代表者氏名	大迫 信博
法人所在地	鹿児島県曾於市大隅町月野 1045 番地
法人設立年月日	平成 15 年 8 月 14 日

2. 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	デイサービスセンター おおすみ苑
開設年月	平成 17 年 1 月 19 日
介護保険指定 事業所番号	(鹿児島県指定 第4676300181号)
事業所所在地	鹿児島県曾於市大隅町月野 1045 番地
連絡先 事業所長(管理者)	電話番号:099-482-3488 FAX:099-482-1655 氏名:土橋義治
事業所の通常の 事業の実施地域	曾於市、志布志市
利用定員	1日 40 名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会福祉法人博寿会が設置する指定通所介護・日常生活支援総合事業の運営及び利用について必要な事項を定め、事業の円滑な運営を図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、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

(3) 事業所窓口の営業日・営業時間・サービス提供時間。勤務時間

営業日	毎週月曜日から土曜日
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分
サービス提供日	午前 9 時 30 分から午後 3 時 40 分

勤務時間	午前8時00分から午後 17 時00分 ・午前 8 時 30 分～午後 17 時 30 分
------	---

(4) 職員の職員体制

当事業所では、利用者に対して指定介護予防型通所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います。

〈主な職員の配置状況〉

管理者	土橋 義治
-----	-------

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。</li> <li>2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li> </ol>	常勤1名 法人本部長と兼務
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 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、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。</li> <li>2 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、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護予防通所型サービス計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。</li> <li>3 利用者へ介護予防通所型サービス計画を交付します。 指定介護予防通所型サービスの実施状況の把握及び介護予防通所型サービス計画の変更を行います。</li> <li>4 それぞれの利用者について、介護予防通所型サービス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。</li> </ol>	常勤2名
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 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。</li> <li>2 利用者の静養のための必要な措置を行います。</li> <li>3 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。</li> </ol>	常勤1名以上
介護職員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 介護予防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を行います。</li> </ol>	6名以上

機能訓練 指導員	1 介護予防通所型サービス計画に基づき、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、機能訓練を行います	1名以上
管理栄養士	1 栄養改善サービスを行います。	兼務 1 名

## 5. 提供するサービスの内容及び費用について

### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容	
介護予防型通所サービス計画の作成等	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者に係る介護予防支援事業者等が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた介護予防通所型サービス計画を作成します。</li> <li>2 介護予防通所型サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。また、計画を作成した際は、利用者に交付します</li> <li>3 介護予防通所型サービスの提供に当たっては、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明します。</li> <li>4 それぞれの利用者について、介護予防通所型サービス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。</li> </ol>	
利用者居宅への送迎	事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。	
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。

	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

## (2) 介護予防通所型サービス従業者の禁止行為

介護予防通所型サービス従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為(ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。)
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- 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)
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

### (3)サービス利用料金

#### 料金表

サービス 提供時間 要介護度	利用者負担額				
	基本単位 利用者負担額	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1:週1回	1798円	17980円	1798円	3596円	5394円
要支援2:週2回	3621円	36210円	3621円	7242円	10863円

\*日割り 要支援1・436円 要支援2・447円

#### 加算料金

上記の基本料金に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	40	400円	40円	80円	120円	月1回

加算	利用者負担額	単位
①通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	介護度別サービス費+各加算×5.9%	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数
②通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅱ	介護度別サービス費+各加算×1.0%	
③通所型独自サービス介護職員等ベースアップ加算	介護度別サービス費+各加算×1.1%	

\*令和6年6月より上記3つの加算が一本化となり「通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱ」となり「利用者負担額は介護度別サービス費+各加算×9%」となります

#### (4)その他の費用

食費	昼食代 450円【おやつ代含まれています。】
おむつ代	実費
交通費	通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から下記の料金を頂きます 送迎距離 片道 10km 以上 20km 未満 1回につき 200円 送迎距離 片道 20km 以上 1回につき 300円
レクリエーションクラブ活動	レクリエーションや各クラブ活動にて利用者に負担いただく事が適当である材料代は負担して頂きます。

その他	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(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。
-----	---

(5)利用料金の請求及び支払い方法

① 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等	<p>ア 利用料利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け(郵送)します。</p>
② 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等	<p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)事業者指定口座への振り込み (イ)利用者指定口座からの引き落とし (ウ)現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡します。必ず保管されますようお願いいたします。</p>

\* サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、介護予防支援等が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る介護予防支援事業者等が作成する「介護予防サービス計画(ケアプラン)」等に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防通所型サービス計画」を作成します。なお、作成した「介護予防通所型サービス計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします
- (4) サービス提供は「介護予防通所型サービス計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予

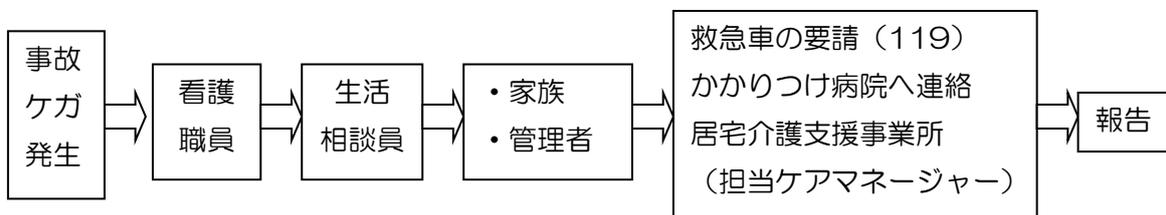
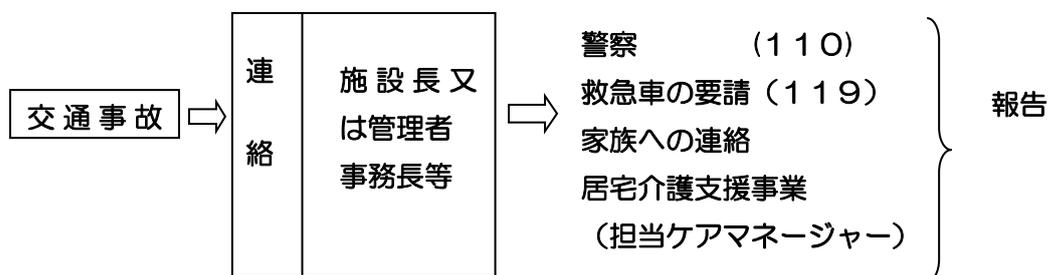
「防型通所サービス計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます

## 6. 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、利用者の都合により、介護予防通所型サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。
- 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、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

## 7. 緊急時・事故発生時の対応方法

- 利用者に対する介護予防通所型サービスの提供により事故が発生した場合は、保険者である市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者（ケアマネージャー）等に速やかに連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。
- 利用者に対する介護予防通所型サービスの提供により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。
- 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発防止に努めます。



## 8. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

### (1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号 099-482-3488 受付時間 月曜日から土曜日 8時から17時30分 担当者名 (生活相談員) 上集恵
---------	---

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

曾於市大隅支所保健福祉課 介護保険担当	所在地 大隅町岩川5629番地 電話番号 482-1211 受付時間 9:00~17:00
鹿児島県国民健康保険 団体連合会	所在地 鹿児島市鴨池新町7番4号 電話番号 099-206-1084 受付時間 9:00~17:00
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 鹿児島市鴨池新町1番7号 電話番号 099-257-3855 受付時間 9:00~17:00
志布志市保健福祉課 介護保険担当	所在地 志布志市有明町野井倉1756 電話番号 474-1111 受付時間 9:00~17:00
大崎町保健福祉課 介護保険担当	所在地 曾於郡大崎町仮宿1029 電話番号 476-1111 受付時間 9:00~17:00
都城市保健福祉課 介護保険担当	所在地 都城市姫城町6街区21号 電話番号 0986-23-2114 受付時間 9:00~17:00

### 9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

#### (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者:土橋義治
-------------	----------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(現に養護している家族・親族・同居

人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

#### 10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

#### 11. 秘密保持及び個人情報の保護

- (1)・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- (2)・事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- (3)・事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

#### 12. 衛生管理等

- (1) 介護予防通所型サービスの用に供する施設、食器その他の設備又は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じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。
- (4) 事業所における感染症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おむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- (5) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (6) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

### 13. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護予防通所型サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じ業務継続計画の変更を行います。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

サービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面にもとづいて重要事項を説明しました。

事業者	所在地	鹿児島県曾於市大隅町月野 1045 番地
	法人名	社会福祉法人 博寿会
	代表者名	大迫 信博
	事業所名	デイサービスセンター おおすみ苑
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	

身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって署名を代筆しました

署名代行	氏名	(続柄)
------	----	------

代理人	住所	
	氏名	(続柄)