

重要事項説明書

(地域密着型通所介護・豊田市介護予防通所サービス)

あなたに対する通所介護の提供にあたり、厚生省令第37号第109条で準用する第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人豊田みのり福祉会
主たる事務所の所在地	豊田市中根町男松 79 番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 柴田 文志
電話番号	0565-51-0660

指定事業所名	つつみ園デイサービスセンター
介護保険事業所番号	2373002720号
サービスの種類	地域密着型通所介護・豊田市介護予防通所サービス
利用定員	18名

2. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	相互扶助と地域貢献の理念に基づき、要介護状態、要支援状態又は事業者対象者にある高齢者に対し、適正な指定通所介護、豊田市介護予防通所サービスを提供することを目的とします。
運営方針	<ol style="list-style-type: none">1. 要介護状態、要支援状態又は事業者対象者にある高齢者に対し、適正な指定通所介護、豊田市介護予防通所サービスを提供することを目的とする。利用者と家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。2. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。3. 利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援に努めます。4. サービス提供の開始に当たり、利用者の心身状況等を把握し、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた個別計画を作成するとともに、個別計画の作成後、個別計画の実施状況の把握（モニタリング）をし、モニタリング結果を地域包括支援センターへ報告するものとします。5. 利用者の心身機能、環境状況等を把握し、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率性・柔軟性を考慮した上で、利用者ができることは利用者ご自身で行うことを基本としたサービスを提供していきます。

3. 職員、員数及び職務の内容

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	管理	1名（常勤兼務）
生活相談員	相談、生活指導	1名以上（常勤換算）
看護職員	看護	1名以上（常勤換算）
機能訓練指導員	訓練（運動機能訓練向上）	1名以上（常勤換算）
介護職員	入浴、介護	1.5名以上（常勤換算）
運転手	送迎	1名以上（非常勤専従）

4. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日（12月31日から1月3日までを除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前10時～午後4時まで

5. サービスの内容

サービス内容	1. 食事の提供 2. 入浴（一般浴） 3. 日常生活動作の機能訓練 4. 健康チェック 5. 送迎 6. アクティビティ（介護予防）
--------	--

6. 利用料金

（1）利用者の負担額は「介護保険負担割合証」の負担割合に準じます。

《介護保険の法定利用料》

（豊田市介護予防通所サービス）

1単位＝10.68円

対象者	利用単位①	加算項目②
要支援1 要支援2 事業対象者 （週1回程度）	1,798 単位/月	1. サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 週1回程度 72単位/月 週2回程度 144単位/月 2. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の9.2% 5. 事業者が送迎を行わない場合 所定単位数から片道につき47単位減算
要支援2 （週2回程度）	3,621 単位/月	6. 科学的介護推進体制加算 40 単位/月

（地域密着型通所介護）

1単位＝10.68円

要介護認定	利用単位①	加算項目②
要介護1	678 単位	1. サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18 単位/回 2. 入浴介助加算（Ⅰ） 40 単位/回 3. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の9.2% 6. 事業者が送迎を行わない場合 所定単位数から片道につき47単位減算 7. 科学的介護推進体制加算 40 単位/月
要介護2	801 単位	
要介護3	925 単位	
要介護4	1,049 単位	
要介護5	1,172 単位	

* 所定単位数は基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数です。

* 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・サービス提供体制強化加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

《実費負担分》

実費負担の内容	費用（1回）	備考
食費（おやつを含む）	600円	

※毎月の利用者に負担していただく額は、上記の各単価に利用回数に乗じた額とします。

- (2) 通常の事業の実施区域以外の方は、次に定める交通費をいただきます。
 実施地域を越えた地点から、片道おおむね10キロメートル未満200円、10キロメートル以上300円徴収します。※実施地域は別紙に記載の通り
- (3) キャンセル料
 急なキャンセルの場合は、下記料金をいただきます。（利用者の容体の急変など緊急止むを得ない事情を除く）キャンセルが必要になった場合は、至急連絡して下さい。

（連絡先 電話51-5207）

期 日	キャンセル料	備考
サービス利用日の前々日まで	無料	
サービス利用日の前日	利用者負担金の50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

7. 緊急時等における対応方法
 サービス提供中に容態の急変時等には別紙主治医、ご家族の他 救急隊、介護支援事業者などへ連絡をします。
8. 事故発生時の対応
 サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行います。事故の状況及び事故に関する処置について記録するとともに、原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。
9. 介護現場におけるハラスメントに対する対応
(1) 職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員の安全確保と働きやすい環境づくりを目指し、ハラスメントの防止に取り組みます。
- ハラスメント行為例：
①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
 上記は、当該職員、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

10. 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止する為、次の措置を講ずる。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を、年1回定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年1回定期的に開催する。
- (4) 上記(1)から(3)までを適切に実施するための担当者を置く。

11. 身体拘束等の適正化の推進

事業所は、利用者又は他の利用者等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、身体拘束等を行ってはならないこととし、身体的拘束等を行う場合は、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を記録することを義務付ける。

12. 業務継続計画の策定

- (1) 事業所は、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業務継続計画を策定すること
- (2) 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること

13. 感染症対策について

・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。

- (1) 介護員等の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、必要な管理を行います。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について周知徹底しています。
- (4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止の指針を整備します。
- (5) 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止の研修及び訓練を定期的実施します。

14. 損害賠償

当事業所のサービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合には、誠意を持って速やかに損害賠償いたします。(契約書裏面約款参照)

15. 非常災害対策

非常災害の発生に備え、避難経路及び協力機関等との連携方法を策定し、定期的に避難誘導訓練を実施します。

16. 第三者評価実施の状況

第三者評価を実施しておりません。

17. サービス内容の苦情

提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることが出来ます。

相談・苦情窓口

担当 生活相談員

電話0565-51-5207

愛知県国民健康保険団体連合会

電話052-971-4165

豊田市 介護保険課

電話0565-34-6634

【説明確認欄】

令和 年 月 日

当事業者は、利用者に対する通所介護の提供にあたり、利用者及び利用者の家族に本書面に基づいて、上記重要事項を説明しました。

指定通所介護事業者

主たる事務所所在地 豊田市中根町男松79番地
名 称 社会福祉法人豊田みのり福祉会

説明者 所 属 つつみ園デイサービスセンター
氏 名

私は、本書面に基づいて事業者から、上記重要事項について説明を受けました。

ご 利 用 者 様 住 所
氏 名

ご利用者のご家族様 住 所
氏 名