

# 介護予防・日常生活支援総合事業

## 第1号通所事業重要事項説明書

(令和6年6月1日現在)

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 美楽会
主たる事務所の所在地	〒023-0132 岩手県奥州市水沢羽田町水無沢506番6
代表者（職名・氏名）	理事長 井筒 岳
設立年月日	平成 11年 7月 8日
電話番号	0197-51-3111

### 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スマイル	
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒023-0106 岩手県奥州市水沢羽田町久保37番	
電話番号	0197-51-6335	
指定年月日・事業所番号	平成 27年 4月 1日指定	0370400392
利用定員	定員 15人	
通常の事業の実施地域	奥州市水沢羽田町	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、介護予防通所介護相当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、利用者の要支援状態等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

第1号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンタースマイル）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を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで
サービス提供時間	午前9時15分から午後4時15分まで

#### 6. 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 小野寺 千津子
-----	--------------

管理者	事業所の職員及び業務の管理を一元的に行います。 介護予防通所介護計画の作成を行います。	常勤1名 (生活相談員・ 介護職員兼務)
生活相談員	利用の申し込みに係る調整を行います。 利用者又はその家族との相談、助言を行います。	常勤3名 (内1名管理者兼務・ 内2名介護職員兼務)
介護職員	必要な日常生活全般の介護、支援を行います。	常勤4名 (内1名管理者兼務 内2名生活相談員兼務)
看護職員	利用者の保健衛生、健康管理を行います。	常勤1名 (機能訓練指導員兼務) 非常勤2名 (機能訓練指導員兼務)
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為 の訓練、指導を行います。	常勤1名 (看護職員兼務) 非常勤2名 (看護職員兼務)

## 7. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額（基本利用料の1割、2割又は3割）です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号介護予防通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算、減算の合計の額となります。

### 【基本部分】

利用者の 要介護度	基本利用料 (1月につき)	利用者負担金		
		1割	2割	3割
・事業対象者(週1回程度) ・要支援1 ・要支援2(週1回程度)	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
・要支援2(週2回程度)	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

※上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら利用者負担金も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料及び利用者負担金を書面でお知らせします。

### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額				
		利用料	利用者負担金			
			1割	2割	3割	
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能の向上を目的として、口腔機能改善管理指導計画に基づき個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合、かつ計画の内容等の情報を厚労省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他の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ている場合 (3月以内の期間に限り1月に1回を限度)	1,600円	160円	320円	480円	
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出し、サービス提供に当たって、その情報を適切かつ有効に活用している場合(月1回)	400円	40円	80円	120円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ ※1	事業所の介護職員のうち介護福祉士の占める割合が70%以上である場合	・事業対象者 ・要支援1 ・要支援2 (週1回程度)	880円	88円	176円	264円
		・要支援2 (週2回程度)	1,760円	176円	352円	528円

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
		利用料	利用者負担金		
			1割	2割	3割
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ ※1	介護職員等の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	—	所定単位数の9.2%		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ※1	羽田町以外に居住している利用者様がサービスを利用された場合	—	所定単位数の5.0%		

※1 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

### 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額		
		利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
送迎減算	事業者が送迎を行わなかった場合（片道につき）	47円	94円	141円
利用者の数が利用者定員を超える場合又は看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	当該減算の要件に該当した場合（1月につき）	基本部分の金額の30%	基本部分の金額の30%	基本部分の金額の30%

### (2) その他の費用

食費	食事の提供をした場合、1回につき680円の食費（おやつ代を含む）をいただきます。
おむつ代	おむつ等の提供をした場合、1回につき尿とりパット35円、おむつ175円、リハビリパンツ210円の実費をいただきます。
口座振替手数料	利用料支払いを口座振替にされ場合、手数料132円をいただきます。
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（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。

### (3) キャンセル料

サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡を頂いた時間に応じて下記によりキャンセル料を請求させていただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日前日の午前10時までにご連絡いただいた場合	無料
利用予定日前日の午前10時以降にご連絡いただいた場合	680円

### (4) 支払い方法

上記(1)、(2)の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。口座引き落とし・銀行振り込みの場合、手数料は利用者負担となります。

なお、利用者負担金の支払いを受けた後、利用料負担にかかわる領収書を発行いたします。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は直後の平日）に、利用者または署名代行人が指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月中に、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 銀行名：岩手銀行 水沢支店 普通口座 1275195 名義人：社会福祉法人美楽会 デイサービスセンタースマイル 理事長 井筒 岳
現金払い	サービスを利用した月の翌月中に、現金でお支払いください。

## 8. サービス利用の中止

(1) 利用者がサービス利用の中止をする際には、すみやかに下記の連絡先までご連絡ください。

**連絡先：0197-51-6335**

(2) 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の場合はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。この場合、ご家族に連絡の上適切に対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上適切に対応します。また、必要に応じてすみやかにかかりつけ医に連絡をとる等必要な措置を講じます。

## 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は、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	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	(続柄)
	住所	
	電話番号	(自宅)
		(携帯)
	氏名(利用者との続柄)	(続柄)
	住所	
電話番号	(自宅)	
	(携帯)	

## 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、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター等及び奥州市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、サービス提供により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。但し、事業所の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

## 11. 非常災害対策

- (1) 災害対策に関する責任者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。 年2回

## 1 2. 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他設備、飲用水について、衛生的な管理に努めます。
- (2) 感染症がまん延しない様に必要な措置を講じます。

## 1 3. 個人情報の保護について

- (1) 事業所は、利用者又は家族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り扱いのためのガイドンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとしします。
- (2) 従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密は洩らしません。
- (3) 事業所が得た利用者又は家族の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとしします。
- (4) 事業者は利用者又は家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、利用者又は家族の個人情報を用いません。

## 1 4. 虐待の防止について

- (1) 事業所は虐待の発生又はその再発を防止する為に委員会の設置や指針を整備するとともに、従業者に周知徹底を図り、虐待の防止の為に研修を定期的実施します。
- (2) サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護するもの）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、速やかに市町村に通報します。

## 1 5. 地域との連携

- (1) 地域住民又は自発的な活動等との連携及び協力を行う地域との交流に努めます。
- (2) 地域に開かれたサービスとし、サービスの質の向上を図る事を目的とし、運営推進会議を設置します。

## 1 6. 業務継続計画の策定について

- (1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護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に業務再開を図るための計画を策定し必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は従業者に周知徹底を図り、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

## 1 7. 苦情相談窓口

- (1) 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。

デイサービスセンタースマイル 苦情解決委員	受付担当	電話番号	0197-51-6335
		FAX 番号	0197-51-6372
	担当者	生活相談員 大内 由子	
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分	
第三者委員	及川信勝	住所 奥州市水沢羽田町字下屋敷 13-2 電話 0197-24-1244	
	千葉信一	住所 奥州市水沢羽田町字洗田 369-20 電話 0197-25-8029	
	古玉 格	住所 奥州市水沢羽田町和田 123 電話 0197-23-3691	

(2) 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	奥州市役所 長寿社会課	所在地 奥州市水沢大手町一丁目1番地 電話番号 0197-24-2111
	岩手県国民健康保険 団体連合会 保険介護課	所在地 盛岡市大沢川原三丁目7番30号 電話番号 019-604-6700
	岩手県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 岩手県盛岡市三本柳8地割1-3 電話番号 019-637-8871

#### 18. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下の通りです。

- (1) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (2) けんか、口論、泥酔などで他の利用者へ迷惑をかけない様をお願いします。
- (3) 現金や貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- (4) 利用者間や職員への金銭・物品・飲食の授受はご遠慮ください。
- (5) 職員や他利用者へのハラスメントがみられた場合、サービス利用を中止する場合があります。

#### 19. その他運営に関する重要事項

- (1) 事業所は、従業員の質的向上を図るため、研修の機会を適宜もうけます。
- (2) 利用者本人又は他の利用者等の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- (3) 事業所は、適切な介護予防通所介護相当サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。
- (5) 事業所は、利用者に対する事業の提供に関する記録を整備し、その完結の日から2年間、保存します。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	奥州市水沢羽田町久保 37 番地		
	事業者（法人）名	社会福祉法人美楽会 デイサービスセンタースマイル		
	代表者職・氏名	管理者	小野寺 千津子	印
	説明者職・氏名	生活相談員		

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者	住所	
	氏名	印

署名代行者（又は法定代理人）	
住所	
本人との続柄	
氏名	印