

# 『指定居宅サービス』 通所介護・予防通所介護 重要事項説明書

## 1. 事業者

- ①法人名 医療法人 敬和会
- ②法人所在地 徳島県小松島市坂野町字平田18番地の2
- ③電話番号 0885-38-1636
- ④代表者氏名 理事長 藤野 和也
- ⑤設立年月日 平成 1年 3月 24日

## 2. 事業所の概要

- ①事業所の種類 指定通所介護事業所  
指定介護予防通所介護事業所
- ②事業所の名称 デイサービスセンターなごみⅡ
- ③事業所の所在地 徳島県阿南市羽ノ浦町岩脇神代地100番地の1
- ④電話番号 0884-24-8555
- ⑤事業所管理者 甘利 克征
- ⑥実施地域 徳島市・小松島市・阿南市・勝浦町
- ⑦営業日（時間） 月曜日～土曜日（午前8時30分～午後5時00分）  
※ 祝祭日含む
- ⑧利用定員 月曜日～土曜日 25名

## 3. 職員の配置状況

当苑は、指定基準に定められた職員を配置しています。

職 種	員数	業 務 内 容
1 管理者	1名	管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
2 生活相談員	1名以上	利用者の相談や利用計画、日程、プログラム等の作成及び介護計画の作成、市町村、居宅介護支援事業所等の連絡調整にあたる。
3 看護師	2名	利用者の健康管理、医療との連絡支援を行う。利用者の機能訓練指導にあたる。
4 介護職員	4名以上	利用者の日常生活の支援をし、入浴送迎等の支援を行う。
5 機能訓練指導員	1名	利用者の機能訓練指導にあたる。

#### 4. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室（窓口担当者 佐渡 夏季 TEL0884-24-8555 FAX0884-24-8557）までお気軽にご相談下さい。

また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用下さい。責任もって調査、改善をさせていただきます。（責任者 甘利 克征）

○公的機関においても、次の機関においても苦情申出等ができます。

阿南市保健福祉部 介護保険課	所在地 電話番号	阿南市富岡町トノ町12-3 0884-22-1793
小松島市社会福祉事務所 介護保険課	所在地 電話番号	小松島市横須町1番地1 0885-32-3507
徳島県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 電話番号	徳島市川内町平石若松78の1 088-666-0111
徳島県社会福祉協議会	所在地 電話番号	徳島市中昭和町1丁目2 088-654-4461

#### 5. 通所介護サービス費

※食費1食 545円

※送迎加算は基本部分に包括化		サービス 利用料金	利用者負担金 10%	利用者負担金 20%	利用者負担金 30%	
要介護1	1	3時間以上4時間未満	3,700	370	740	1,110
	2	4時間以上5時間未満	3,880	388	776	1,164
	3	5時間以上6時間未満	5,700	570	1,140	1,710
	4	6時間以上7時間未満	5,840	584	1,168	1,752
	5	7時間以上8時間未満	6,580	658	1,316	1,974
	6	8時間以上9時間未満	6,690	669	1,338	2,007
要介護2	1	3時間以上4時間未満	4,230	423	846	1,269
	2	4時間以上5時間未満	4,440	444	888	1,332
	3	5時間以上6時間未満	6,730	673	1,346	2,019
	4	6時間以上7時間未満	6,890	689	1,378	2,067
	5	7時間以上8時間未満	7,770	777	1,554	2,331
	6	8時間以上9時間未満	7,910	791	1,582	2,373
要介護3	1	3時間以上4時間未満	4,790	479	958	1,437
	2	4時間以上5時間未満	5,020	502	1,004	1,506
	3	5時間以上6時間未満	7,770	777	1,554	2,331
	4	6時間以上7時間未満	7,960	796	1,592	2,388

介護度 3	5	7時間以上8時間未満	9,000	900	1,800	2,700
	6	8時間以上9時間未満	9,150	915	1,830	2,745
要介護 4	1	3時間以上4時間未満	5,330	533	1,066	1,599
	2	4時間以上5時間未満	5,600	560	1,120	1,680
	3	5時間以上6時間未満	8,880	880	1,760	2,640
	4	6時間以上7時間未満	9,010	901	1,802	2,703
	5	7時間以上8時間未満	10,230	1,023	2,046	3,069
	6	8時間以上9時間未満	10,410	1,041	2,082	3,123
要介護 5	1	3時間以上4時間未満	5,880	588	1,176	1,764
	2	4時間以上5時間未満	6,170	617	1,234	1,851
	3	5時間以上6時間未満	9,840	984	1,968	2,952
	4	6時間以上7時間未満	10,080	1,008	2,016	3,024
	5	7時間以上8時間未満	11,480	1,148	2,296	3,444
	6	8時間以上9時間未満	11,680	1,168	2,336	3,504

※要介護1～5までその他の加算

	サービス 利用料金	利用者負担金 10%	利用者負担金 20%	利用者負担金 30%
個別機能訓練（Ⅰ）イ （1日につき）	560	56	112	168
個別機能訓練（Ⅰ）ロ （1日につき）	760	76	152	228
個別機能訓練（Ⅱ） （1カ月につき）	200	20	40	60
入浴介助（Ⅰ） （1日につき）	400	40	80	120
入浴介助（Ⅱ） （1日につき）	550	55	110	165
栄養アセスメント加算 （1カ月につき）	500	50	100	150
栄養改善 （1回につき）	2,000	200	400	600
口腔機能向上 （月2回まで原則3ヶ月）	1,500	150	300	450
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ （1日につき）	220	22	44	66

通所介護サービス提供体制加算Ⅱ (1日につき)	180	18	36	54
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2 (1日につき)	120	12	24	36
通所介護サービス提供体制加算Ⅲ (1日につき)	60	6	12	18
同一建物に対する減算 (事業所と同一建物に居住する者)	-940	-94	-188	-282
中重度者ケア体制加算 (1日につき)	450	45	90	135
認知症加算 (1日につき)	600	60	120	180
居宅-事業所間の送迎を行わない場合 (片道につき減算)	-470	-47	-94	-141
生活機能向上連携加算(Ⅰ) (3カ月に1回を限度)	1000	100	200	300
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 1 (1カ月につき)	2000	200	400	600
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 2 (1カ月につき)	1000	100	200	300
ADL維持等加算(Ⅰ) (1か月につき)	300	30	60	90
ADL維持等加算(Ⅱ) (1か月につき)	600	60	120	180
ADL維持等加算(Ⅲ) (1か月につき)	30	3	6	9
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6か月に1回が限度)	200	20	40	60
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6か月に1回が限度)	50	5	10	15
科学的介護推進体制加算 (1カ月につき)	400	40	80	120

※ただし、生活機能向上連携加算は、個別機能訓練加算を算定している場合、サービス利用料金が1000円/月となる。

※高齢者虐待防止措置の非実施及び業務継続計画が未策定の場合、それぞれに利用料金から-1%とする。

介護予防通所介護費（１月につき）

（共通的服务）

※送迎・入浴加算は 基本単位に包括	サービス 利用料金	利用者負担金 10%	利用者負担金 20%	利用者負担金 30%
要支援 1	16,470	1,647	3,294	4,941
要支援 2	33,770	3,377	6,754	10,131

同一建物に対する減算（事業所と同一建物に居住する者）

	サービス 利用料金	利用者負担金 10%	利用者負担金 20%	利用者負担金 30%
要支援 1	-3,760	-376	-752	-1,128
要支援 2	-7,520	-752	-1,504	-2,256

（選択的サービス）

		サービス 利用料金	利用者負担金 10%	利用者負担金 20%	利用者負担金 30%
イ	生活機能向上グループ 活動加算	1,000	100	200	300
ロ	運動器機能向上加算	2,250	225	450	675
ハ	栄養改善加算	1,500	150	300	450
ニ	口腔機能向上加算	1,500	150	300	450
ホ	事業所評価加算	1,200	120	240	360
ヘ	若年性認知症受入加算	2,400	240	480	720
ト	サービス提供体制加算 I1（イ）	720	72	144	216
チ	サービス提供体制加算 I2（イ）	1,440	144	288	432
リ	サービス提供体制加算 I1	480	48	96	144
ヌ	サービス提供体制加算 I2	960	96	192	288

(選択的サービス複数実施加算〔Ⅰ〕)

運動器機能向上及び栄養改善 (1月につき)	4,800	480	960	1,440
運動機能向上及び口腔機能向上 (1月につき)	4,800	480	960	1,440
栄養改善及び口腔機能向上 (1月につき)	4,800	480	960	1,440

※尚、支給限度額管理の対象外として、介護職員処遇改善加算Ⅰ（所定単位数の5.9%）、特定処遇改善加算Ⅰ（1.2%）、介護職員等ベースアップ等支援加算（所定単位の1.1%）が利用料金に加算されます。

また、令和6年6月から介護職員処遇改善加算Ⅰ，特定処遇改善加算Ⅰ，介護職員等ベースアップ加算の3つが「介護職員等処遇改善加算」と統合されます。当事業では、介護職員等処遇改善加算Ⅱとなり所定単位数の9.0%が料金に加算されます。

#### その他

通常キャンセル料は頂いておりませんが、デイサービス利用中などにおいて利用者の都合により、3時間未満に帰られた場合には保険外となりますので、負担金として500円を徴収させていただきます。（※要介護者のみ）

#### 6. 事故発生時の対応について

万一、利用者の方の身体に関する事故が発生した場合は、直ちにご家族の方、関係医療機関等に連絡し、迅速に対応いたします。また、事故の状況や処置について記録します。

#### 7. 主治の医師及び医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師及び医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報について必要に応じ連絡を取らせていただきます。そのことで、利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。

#### 8. 感染症の予防およびまん延の予防のための措置

事業者は、感染症が発生し、またはまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を概ね6ヶ月に1回以上開催します。また、その結果を事業所の全職員に周知徹底します。

- (2) 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ます。
- (3) 事業所の全職員に対し、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 to 実施します。

## 9. 事業継続計画の策定

事業者は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する通所介護事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、該当業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、事業所の全職員に対し、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 to 実施します。

定期的 to 業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 10. 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を予防するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的 to 開催するとともに、その結果について事業所の全職員に周知徹底します。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所の全職員に対し、虐待防止のための研修を定期的 to 実施します。
- (4) 虐待防止の措置を講じるため担当者を置きます。

## 11. 身体的拘束等の適正化

原則として、事業所は利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、下記の通り、緊急かつやむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合は、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びにやむを得ない理由について記録します。

- (1) 緊急性：直ちに身体拘束を行われれば、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ可能性が考えられる場合。
- (2) 非代替性：身体拘束以外に、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事を防止することが出来ない場合。
- (3) 一時性：利用者又は他者の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解く。

当事業所は、通所介護サービスの提供にあたり利用者に上記の通り重要事項を説明しました。この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が署名・押印の上、各自1通を保有するものとします。

ただし、利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、ケアプランや重要事項説明所等における利用者等への説明・同意について、利用者等の署名・押印について、求めないことが可能とします。

**【説明確認欄】**

令和 年 月 日

居宅サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地：徳島県阿南市羽ノ浦町岩脇神代地100番地の1  
医療法人 敬和会  
名称：デイサービスセンター なごみⅡ

説明者氏名

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約者氏名



## 個人情報使用同意書（通所介護・介護予防通所介護事業所用）

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 使用する目的

利用者のための在宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合

令和      年      月      日

デイサービスセンターなごみⅡ 殿

契約者 氏名 \_\_\_\_\_

利用者（契約者と利用者が同一でない場合）

氏名 \_\_\_\_\_