重要事項説明書

＜西暦　　年　　月　　日現在＞

1　当事業所の概要・相談窓口

法人名	有限会社　高野在宅介護支援開発
事業所名	高野接骨院デイサービスきらきら サテライト事業所：高野接骨院サテライト型デイサービス「柔々」
所在地	本体：富山県滑川市魚躬202-1　／　サテライト：富山県滑川市常盤町667番地
介護保険事業所番号	1670600236
管理者	高野　悠平（サテライト事業所と兼務）
電話／FAX	きらきら：076-476-0866／076-476-0889　　柔々：076-475-7608／076-475-5507
利用定員	きらきら 25人　／　柔々 10人（計35人）
通常の事業の実施地域	滑川市
営業日・営業時間	月～土曜日（柔々は土曜日休業。5/3～5、8/14～16、12/31～1/3は休業） 営業時間 午前8時～午後5時／サービス提供時間 午前8時30分～午後4時
相談窓口	受付担当者：高野　博之　／　苦情解決責任者：管理者　高野　悠平 （月～土曜日　午前8時～午後5時）

2　事業の目的及び運営方針

【目的】
要介護状態等にある高齢者に対し、適切な通所介護及び通所型サービスを提供することを目的とします。
【運営方針】
要介護状態等となった場合においても、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。要支援・事業対象者の方（通所型サービス）には、心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指します。事業の実施に当たっては、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　職員体制及び職務の内容

職種	員数	職務の内容
管理者	1人（サテライトと兼務）	事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らもサービスの提供に当たります。
生活相談員	2人以上（本体1人以上・サテライト1人以上）	利用者の生活相談、処遇の企画や実施等を行います。
看護職員	2人以上（本体1人以上・サテライト1人以上）※	利用者の保健衛生並びに看護業務を行います。
介護職員	4人以上（本体3人以上・サテライト1人以上）	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。
機能訓練指導員	2人以上（本体1人以上・サテライト1人以上、本体との兼務可）	日常生活を営むために必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。

※看護職員は、本体事業所と密接かつ適切な連携が図られる場合はサテライト事業所にも従事します。

4　サービスの内容

通所介護計画に従ったサービス（日常生活に資するための機能訓練等）を行います。さらに送迎、食事の提供及び必要に応じて入浴介助等を行います。

5　利用料金

(1) 利用料は厚生労働大臣又は滑川市長が定める基準によるものとし、法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証の割合（1割・2割・3割）に応じた額をいただきます。法定代理受領分以外の場合は、介護報酬の相当額をいただきます。

(2) 基本料金（通常規模型）　各欄：上段＝単位数／下段＝1割・2割・3割の負担額（円）
※1単位＝10円

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3～4時間未満	370単位 370／740／1,110	423単位 423／846／1,269	479単位 479／958／1,437	533単位 533／1,066／1,599	588単位 588／1,176／1,764
4～5時間未満	388単位 388／776／1,164	444単位 444／888／1,332	502単位 502／1,004／1,506	560単位 560／1,120／1,680	617単位 617／1,234／1,851
5～6時間未満	570単位 570／1,140／1,710	673単位 673／1,346／2,019	777単位 777／1,554／2,331	880単位 880／1,760／2,640	984単位 984／1,968／2,952
6～7時間未満	584単位 584／1,168／1,752	689単位 689／1,378／2,067	796単位 796／1,592／2,388	901単位 901／1,802／2,703	1,008単位 1,008／2,016／3,024
7～8時間未満	658単位 658／1,316／1,974	777単位 777／1,554／2,331	900単位 900／1,800／2,700	1,023単位 1,023／2,046／3,069	1,148単位 1,148／2,296／3,444

◆要支援・事業対象者の方（通所型サービス）

区分	単位数	1割	2割	3割
事業対象者・要支援1（月3回まで）	436単位／回	436円	872円	1,308円
事業対象者・要支援1（月4回以上）	1,798単位／月	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2（月7回まで）	447単位／回	447円	894円	1,341円
要支援2（月8回以上）	3,621単位／月	3,621円	7,242円	10,863円

(3) 加算（算定要件を満たす方のみ）

加算	単位数	1割	2割	3割
入浴介助加算Ⅰ（要介護の方）	40単位／回	40円	80円	120円
個別機能訓練加算Ⅰイ（要介護の方）	56単位／回	56円	112円	168円
個別機能訓練加算Ⅰロ（要介護の方）	76単位／回	76円	152円	228円
科学的介護推進体制加算	40単位／月	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（要介護）	22単位／回	22円	44円	66円
同（要支援1）	88単位／月	88円	176円	264円
同（要支援2）	176単位／月	176円	352円	528円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の9.9%	左記の1割	左記の2割	左記の3割

※個別機能訓練加算はⅠイ（専従の機能訓練指導員1名以上を配置）・Ⅰロ（Ⅰイに加え専従の機能訓練指導員1名以上を追加配置）のいずれか一方を算定します。処遇改善加算の対象に食費は含みません。実際の請求額は端数処理により1円程度異なる場合があります。

(4) 区分支給限度基準額を超えた場合、超過した分は全額自己負担となります。
(5) 要介護の方で、利用者が自ら通う場合や家族が送迎する等、施設が送迎を行わない場合は、片道につき47単位を基本料金より減算します（1割47円・2割94円・3割141円）。
(6) 食費：1回あたり750円（おやつ代込み）の実費をいただきます。食費は介護保険の対象外です。
(7) その他の実費：紙パンツ・パッド・ナイロン袋・マスク等、利用者が準備すべきもので当事業所の物を使用された場合、及び記録等のコピーを希望された場合は、実費をいただきます。
(8) 国等の基準に該当する場合は所定の減算を行うことがあり、その場合は事前にお知らせします。

6　利用の中止・予約の取消し

病気や怪我等あるいはやむを得ない事情で継続して利用ができなくなった場合や、予約されていたサービスを利用できなくなった場合は、利用当日までにご連絡ください。キャンセル料はいただきません。ただし、利用予定日の午前8時までに連絡がなく利用されなかった場合で、既に食事の準備を行っていたときは、食事代として750円をいただきます。ただし、急病・入院等やむを得ない事情により連絡ができなかった場合、及び事業所の判断により利用をお断りした場合は、いただきません。

7　お支払い方法

(1) 毎月10日までに前月分を請求しますので、その後10日以内にお支払いください。お支払いにより領収書を発行します。
(2) 正当な理由なくお支払いが2か月以上遅れ、催告から14日以内にお支払いいただけない場合は、契約を解除することがあります。

8　サービス利用に当たっての留意事項

一　健康に異常がある場合は、その旨をお申し出ください。
二　トレーニングマシンを利用する際は、機能訓練指導員、看護・介護職員の指示を受けてください。
三　浴室を利用する際は、看護・介護職員の指示を受けてください。
四　発熱等の体調不良や感染症の疑いがある場合は、ご利用をお断りし、又は途中でサービスを中止することがあります。
五　貴重品や多額の金銭の持ち込みはご遠慮ください。紛失等については、当事業所の過失による場合を除き、責任を負いかねます。
六　他の利用者や職員に対する暴力・暴言・ハラスメント等の迷惑行為、事業所内での宗教・政治活動・営業行為はご遠慮ください。
七　事業所の設備・備品等を故意又は重大な過失により壊した場合は、弁償をお願いすることがあります。
八　持ち物には氏名を記入してください。

9　緊急時及び事故発生時の対応

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、医療機関・ご家族・居宅介護支援事業者等へ連絡します。サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村・ご家族・居宅介護支援事業者等へ連絡し、必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び処置を記録します。当事業所の責めに帰すべき事由による事故の場合は、損害賠償を速やかに行います。

医療機関	氏名	連絡先
ご家族	氏名	連絡先
居宅介護支援事業者	担当ケアマネジャー	連絡先

10　非常災害対策

非常災害対策計画を策定し、関係機関への通報・連携体制を整備するとともに、避難・救出等の訓練を年2回以上実施します。災害や感染症の発生等によりやむを得ず臨時休業する場合は、速やかにご連絡し、ケアマネジャー等と代わりの方法を調整します。

11　虐待の防止のための措置

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」を踏まえ、虐待の防止のための指針を定め、全ての職員がこの指針に従ってサービスを提供します。あわせて、①虐待防止検討委員会の設置・年2回以上の開催と結果の周知、②従業者への研修（年1回以上）、③虐待防止担当者（管理者）の配置 を行い、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村へ通報します。

12　身体的拘束等の排除

身体的拘束等は原則として行いません。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に限り、ご本人又はご家族等に説明のうえ（緊急の場合は事後速やかに説明します）行い、その態様及び時間、心身の状況並びに理由を記録します（末尾の「身体的拘束等の排除の理念及び方針」のとおり）。

13　サービスの内容に関する苦情・相談

(1) 当事業所の窓口：受付担当者 高野 博之　苦情解決責任者 管理者 高野 悠平
(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
・苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、聞き取りや事情の確認を行います。
・苦情解決責任者（管理者）は、相談を受けた職員等に事実関係を確認し、職員と検討して対応を決定します。
・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者等へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います（時間を要する内容も、その旨を翌営業日までに連絡します）。苦情の内容と対応は記録し、5年間保存します。
(3) 当事業所以外の窓口：滑川市 高齢介護課（介護保険係）076-475-1429／富山県国民健康保険団体連合会（介護サービス苦情・相談専用）076-431-9833／富山県福祉サービス運営適正化委員会 076-432-3280

14　第三者評価の実施状況・本書面の掲示

当事業所では、第三者評価は実施していません。本書面は事業所の玄関に掲示し、利用者・ご家族等がいつでも閲覧できるようにしています。

15　秘密の保持・衛生管理・業務継続計画

(1) 秘密の保持：従業者は、業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を、退職後も含め正当な理由なく漏らしません。個人情報は末尾の同意書の範囲内で利用します。
(2) 衛生管理：感染症対策委員会をおおむね6か月に1回以上開催し、指針を整備するとともに、研修及び訓練を年1回以上実施します。
(3) 業務継続計画：感染症や災害の発生時にサービスを継続・早期再開するための計画を策定し、研修及び訓練を定期的に実施します。

重要事項の説明及び同意

通所介護・通所型サービスの開始にあたり、利用者及びその家族等に対し、契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

説明日　　西暦　　年　　月　　日

事業者	所在地	富山県滑川市魚躬202-1
	名　称	有限会社　高野在宅介護支援開発 高野接骨院デイサービスきらきら／高野接骨院サテライト型デイサービス「柔々」
	説明者	印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護・通所型サービスについての重要事項の説明を受け、その内容に同意し、本書面の交付を受けました。

同意日　　西暦　　年　　月　　日

利用者	住　所	
	氏　名	印
代理人 （署名代行者）	住　所	
	氏　名	（続柄：　　）　印

（重要事項説明書の一部）

個人情報提供同意書

私（及び私の家族）は、高野接骨院デイサービスきらきら（サテライト型デイサービス「柔々」を含む）を利用するにあたり、次の目的の範囲内で、利用者及びその家族の個人情報を次の者に提供することに同意します。

【利用目的】①サービス計画の作成、サービス担当者会議、サービスの提供　②介護報酬・利用料の請求
③緊急時・事故発生時の対応　④ご家族等への心身の状況の説明

【提供先】滑川市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の介護サービス事業者、主治医その他の医療機関、救急隊、富山県国民健康保険団体連合会、事故の際の損害保険会社、ご家族等

【期間】契約期間中、及び契約終了後も上記の目的に必要な範囲

西暦　　年　　月　　日

（利用者）	住所 氏名　　印
（家族等）	住所 氏名　　印

有限会社高野在宅介護支援開発
高野接骨院デイサービスきらきら・高野接骨院サテライト型デイサービス「柔々」　殿

身体的拘束等の排除の理念及び方針

―私たちはご利用者の尊厳を守るために身体的拘束等ゼロに取り組んでいます―

＜理念＞

・ご利用者を中心としたケアを提供し、ご利用者の尊厳を守るケアを提供します。

＜方針＞

・身体的拘束等は原則として実施しません。
・ご本人又は他のご利用者の生命・身体を守るため緊急を要し、他に代わる方法がなく、ごく短期間に限ってやむを得ず実施する場合は、ご本人又はご家族等に説明したうえで実施します（緊急のため事前に説明できない場合は事後速やかに説明します）。
・やむを得ず実施した場合は、その態様及び時間、その際のご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します。
・当該理念、方針について不明な点がありましたら、遠慮なくスタッフまでお問い合わせください。