

重要事項説明書

介護保険指定通所介護事業所

デイサービス スマイル

重要事項説明書

< 運営規定の概要 >

1. 事業の目的

指定通所介護の事業の適正な運営を行うために人員及び運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、通所介護従業者が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護事業を提供することを目的とする。

2. 運営の方針

- (1) デイサービス スマイルの職員は、在宅療養者の良質な日常生活の確保を重視し、在宅療養生活の支援や、日常生活動作の維持、回復に努め、要支援者・要介護者が安心して地域社会や家庭で療養できるように、機能回復訓練、身体・精神介護支援、食事の充実、レクリエーションなどのサービスを行うことを目的とします。
- (2) 療養生活を送る要支援者・要介護者とその家族が安心と満足を得て、社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、回復を目指す。また、その運営にあたり、地域の結びつきを重視した他のサービス事業所との密接な連携に努めます。

3. 従業者の職種・員数

管理者	1名以上
生活相談員	1名以上
看護師	1名以上
介護福祉士	1名以上
機能訓練指導員	1名以上

4. 職務内容

(1) 管理者の責務

- ・管理者は、従業者の管理及び指定通所介護の申し込みに関わる調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。
- ・管理者は従業者に規定を厳守させるため必要な指揮命令を行う。

(2) 従業者の職務内容

- ・通所介護計画書の作成及び評価
- ・連絡帳への記録
- ・通所介護費用の請求
- ・利用料の受領
- ・各専門性を生かした機能回復訓練、身体・精神の介護、レクリエーションなど
- ・医療処置の関わる指導と援助
- ・通所介護記録の作成
- ・主治医、家族などへの報告及び連絡
- ・サービス提供困難時の対応
- ・居宅介護支援事業者等との連絡

5. 営業日時

(1) 月曜日～土曜日 祭日 8：30～17：30

日曜日 休み

(2) 年間の休日

8月13日～15日 12月30日～1月3日

6. サービスの提供時間帯

(1) 基本時間帯

月曜日～土曜日 9：00～17：00

(2) 延長時間帯

一日9時間を越える時間の延長は、ご希望により1日2時間までとします。時間延長の場合は、介護保険法により1時間につき50単位の料金を加算いたします。

時間延長は通常サービス時間帯の前後どちらでも可能ですが、ご希望される場合は、ケアマネジャーにご相談の上、最低希望日の前日の営業時間内までにお申し込みください。

7. 利用定員

事業所の利用人員は一日19人です。

8. サービスの内容

(1) 身体の介護に関すること

- ・日常生活動作の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。

(2) 入浴に関すること

- ・家庭において入浴が困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。

(3) 食事に関すること

- ・給食を希望する利用者に対して、必要な食事サービスを提供します。

(4) 作業等に関すること

- ・利用者が生きがいのある、快適で豊かな生活を送ることができるような生活援助や家庭での日常に必要な基礎的なサービス及び機能低下を防ぐための必要な訓練を行う。又、利用者の身体的、精神的な疲労と気分転換が図れるよう各種サービスを提供します。

(5) 送迎に関すること

- ・障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者について必要な支援、サービスを提供します。
- ・朝のお迎え時間については、交通事情により5分程度前後する事があります。

10分以上遅れる場合や、早く到着させていただく場合は、必ず午前8時以降にお電話させていただきます。ご迷惑をおかけする事があるかもしれませんが、宜しくお願い致します。

(6) 相談・助言に関すること

- ・利用者及びその家族に日常生活における身上、介護に関する相談、及び助言を行います。

9.利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、自己負担額は基本料金の1割又は2割・3割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。お支払いいただく料金は次の通りです。

基本料金				自己負担額		
要介護状態区分	単位数	一単価	料金（円）	一割（円）	二割（円）	三割（円）
要介護1	584	10.27	5998	600	1200	1800
要介護2	689		7076	710	1415	2122
要介護3	796		8175	818	1635	2453
要介護4	901		9253	925	1851	2776
要介護5	1008		10352	1035	2070	3106
入浴介助加算（Ⅰ）	40/1回		410	41	81	122
入浴介助加算（Ⅱ）	55/1回		564	56	112	259
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18/1回		184	19	37	56
通所介護科学的推進体制加算	40単位		410	41	81	122

《 介護保険給付適応料金 》

- ・介護職員処遇改善加算として1ヶ月の総利用単位の92/1000を加算します。（令和6年6月～）
 - ・上記の料金はサービス提供時間が7時間～8時間の場合です。
 - ・料金は単位数に一単価を乗じた金額で一未満の端数を切り捨てて計算しています。
 - ・自己負担額は料金の一割で一円未満の端数を切り上げて計算しています。
 - ・当日のサービス進行状況や利用者の家族の都合で、利用者が通常の間を越えて事業所にいる「預かり」については、別途利用料をいただきます。
- （注）：一ヶ月のお支払い金額は、単位数に当該月の利用回数に乗じた単位数に、1単価を乗じた金額になります。
1単位=10,27円となります。
- ・通所型独自業務継続計画、通所型独自高齢者虐待防止については、措置を講じている為、減算はありません。
 - ・当事業所が送迎を行わなかった場合（ご家族が送迎された場合など）は、片道につき47単位を引いて計算致します。
 - ・今後の介護保険の法改正に伴う、介護報酬の改定につきましては、ご案内の文にて、同意して頂いた事とさせていただきます。

《 介護保険給付適応外別途料金 》

下記については介護保険給付の対象となりませんので全額自己負担となります。

- ① サービス提供時間が2時間未満の場合、自費となり、全額自己負担いただきます。
- ② 食材費 朝食250円 昼食520円 夕食520円
- ③ 尚、食事について持ち込み等、他をご希望の場合はご相談下さい。

(2) その他

毎月、月初めまでに前月分の請求をいたしますので月末までにお支払下さい。お支払いいただくと領収書を発行します。
お支払方法は、訪問した職員にお渡しいただくか銀行振込、口座引き落とし、当事業所窓口への持参のいずれかでお願いいたします。

10. サービス提供可能な地域

事業所名	デイサービス スマイル
所在地	福岡県糟屋郡粕屋町大隈1055番1号
介護保険指定番号	40704400641
サービスを提供する地域	粕屋町 志免町 須恵町 久山町 篠栗町（内住・萩尾以外） 宇美町（宇美・宇美中央・宇美東・光正寺） 福岡市（多々良・多の津・千早・土井・社領・蒲田・舞松原・青葉・二又瀬）

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談に応じますが
交通費は実費になる場合があります。

11. サービス利用にあたっての留意点

サービスの利用にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡し、心身の状態に応じたサービスを提供いたします。

12. 緊急時における対応方法

サービスの提供中に容態の変化、災害等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

13. 非常災害対策

非常災害に対処する計画を作成し防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年に一回定期的に非難、救出その他必要な訓練を行います。

14. その他運営に関する重要事項

- (1) 従業員の質的向上を図るための研修の機会を設けるものとし、業務体制を整備します。
- (2) 従業員は勤務中常に身分を証明する証票を携行し、利用者から求められたときはこれを提示します。
- (3) 事業所者はこの事業を行うため、ケース記録、派遣決定調書、利用者負担金収納簿、その他必要な帳簿を整備します。

< 事故発生時の対応 >

サービス提供中に転倒転落事故、その他、人身事故が起こった場合、速やかに適切な処置を行うとともに、ご家族、当事業所責任者に報告します。また、医療処置を必要とするほどの事故については、保険者に書面にて報告します。必要時は契約書第12条に則り賠償いたします。

< 苦情等処理の体制 >

(1) 当事業所の窓口

当事業所のサービス内容に関する苦情、要望、相談等は下記窓口までお申し出下さい。迅速かつ適切に対応します。

ご不明な点もお気軽にお問い合わせください。

デイサービス スマイル 電話番号：092 - 931 - 3244
受付時間：月～土曜日 8：30～17：30

苦情受付責任者：吉武 侑輝（ 管理者 ）

< 高齢者虐待の防止 >

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

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

責任者：吉武 侑輝（ 管理者 ）

(2) 虐待の防止のための指針を整備し、虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催いたします。また、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

(3) 従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施し、研修を通じて、人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。

(4) 職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者などの権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(5) 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとします。虐待に関しての通報者が、不利益を被ることはありません。

(2) 苦情等の、その他の窓口

当事業所のサービス内容に関する苦情等を各市町村の介護保険の相談・苦情窓口（第一次窓口）に伝えることができます。又、困難案件について福岡県国民健康保険団体連合会（国保連）介護保険室へ申し立てができます。

お問い合わせ先	住所	電話番号	F A X
粕屋町介護福祉課	粕屋町駕与丁 1-1-1	938-0029	938-9522
福岡県介護広域連合粕屋支部	糟屋郡久山町大字久原 3168-1 粕屋医師会館広域施設 3 階	652-3111	652-3196
宇美町健康福祉課高齢者福祉	宇美町宇美 5 丁目 1 番 1	934-2278	932-7512
篠栗町福祉課高齢者支援係	篠栗町篠中央一丁目 1 番 1 号	947-1347	947-5641
志免町福祉課高齢者サービス	志免町志免中央 1 丁目 1-1	935-1039	935-2469
須恵町福祉課福祉係	須恵町大字須恵 771 番地	932-1151	933-6626
新宮町健康福祉課 高齢者福祉担当	新宮町緑が浜 4 丁目 3-1	710-8286	710-8287
久山町福祉課福祉係	久山町大字久原 3632 番地	976-1111	652-3525
福岡市東区福祉・介護保険課	東区箱崎 2-54-1	645-1071	631-2191
福岡市博多区 福祉・介護保険課	博多区博多駅前 2-19-24 大博センタービル 内博多区保健福祉センター	419-1078	441-1455
福岡県社会福祉協議会 福祉サービス苦情相談窓口	春日市原町 3-1-7 クローバープラザ内	584-3377	584-3369
福岡市保健福祉局 高齢者・障がい者部介護保険課	福岡市中央区天神 1-8-1	733-5452	733-5441

(3) 公的団体の窓口

福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課
福岡県博多区吉塚本町 13-47

電話番号 642-7859

FAX 642-7856

契約書

私は、デイサービス スマイルから契約内容・重要事項説明を受け、
同意し了承しましたので契約します。

令和 年 月 日

事業者 デイサービス スマイル
住所 福岡県糟屋郡粕屋町大隈 1055 番 1
代表者 三浦 叔子
管理者 吉武 侑輝

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 続柄 () ⑩

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者及び代理人、当事業所が記名
捺印のうえ 1 通ずつ保有するものとします。

個人情報使用同意書

(使用する目的)

1. 介護保険法、医療保険に関する法令に従い、医療・介護サービスの提供を円滑に実施するために行うサービス担当者会議などにおいて必要な場合
2. 利用者や家族の希望により、入所または入院に関する援助を行う場合

(条件)

1. 利用者や家族の個人情報の提供は、必要最小限とし提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払います
2. 個人情報を提供した目的、相手方、内容等について記録しておきます

(内容)

住所、氏名、生年月日、健康状態、病歴、家族状況等利用者個人及び家族に関する情報で、特定の個人が識別されるものをいいます
個人情報の提供について説明を受け、必要最小限の範囲内で使用することに同意します

令和 年 月 日

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ (印)

(利用者家族) 住所 _____

氏名 _____ 続柄 () (印)

【利用者に代わって判断を行う人】

サービスの提供にあたり、ご利用様が自らの意思を表明する事が困難状況であるため、又は、ご利用様が自らの意思を表明する事が困難な状況になられた場合に、当事業所からサービスに関する判断をお願いする際、ご利用様に代わり判断を行っていただける方をお申し出願います。

デイサービス スマイル

契約締結日 令和 年 月 日

利用者()に代わり、私がサービスに関する判断を行います。

住所 _____

氏名 _____ 続柄() 印

<利用者同意欄>

私が、サービスに関する判断が困難になった場合は、上記の者が判断を行うことに同意します。

住所 _____

氏名 _____ 印

【 感染予防対策について 】

当事業所においても、感染対策を行っておりますが、ご利用者の皆様にもご協力頂きたい事がありますので、宜しくお願い致します。

- ①ご利用当日、ご自宅にて体温の測定をお願い致します。
- ②ご利用中は、マスクの着用をお願い致します。
- ③体調不良や、目安として、37.5℃以上の熱がある場合は、ご利用を控えていただくよう、お願い致します。
- ④咳やのどの痛み、くしゃみなどの呼吸器症状があった場合は、当事業所までご連絡の上、症状がある間は、ご利用はご遠慮ください。
- ⑤ご家族にも、ご家族が同上の症状がある場合でも、必ずご連絡お願いします。その際は、ご利用者様のご利用を控えていただくよう、お願い致します。
- ⑥もしも、ご本人様・同居のご家族様に、感染者、濃厚接触者が確認された場合には、すぐにお知らせ頂きますよう、お願い致します。
- ⑦ご利用中には様子観察をこまめに行い、37.5 度以上の発熱や、呼吸器症状が認められた場合は、ご利用を中断していただく場合がございます。あらかじめご了承ください。

◆当事業所の感染予防の取り組み◆

- ・デイサービスをご利用いただいている際も、検温・マスク着用等の対応を継続し健康状態の観察に努めさせていただきます。
- ・定期的な換気を行っております。
- ・対面式での着席時には、パーテーションを設置しております。
- ・送迎到着時には、手洗い・うがい・手指消毒を利用者様全員に行っております。また、送迎車も朝・夕の送迎後に消毒を行っております。
- ・職員につきましても、現在、出勤前の検温・うがい・手洗い・手指消毒の励行およびマスクの着用にて感染防止対策を取らせていただいております。外出等についても不特定多数の交流リスクが高い場所は、状況によりイベントを中止・延期させていただきます。

【 送迎に関するご説明 】

安全に、円滑な送迎を提供させていただき、ご利用者様・ご家族様に、ご協力頂きますよう、お願い申し上げます。

- ①原則として、玄関の中までのお迎え、お送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- ② 送迎時間につきましては、交通事情等や、その他の事情により到着が10分前後、前後する場合がございます。ご了承下さい。
10分以上、お時間がずれる場合は、事業所又は、事業所の携帯電話より必ず電話連絡を入れさせていただきます。
 - ・事業所の固定電話番号→092-931-3244
 - ・事業所の携帯電話番号→080-3952-3550
- ③ 利用者様の体調不良等を除き、ご準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので長時間待機することはできません。ご本人様、ご家族様のご協力をお願いいたします。
- ④ 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。
- ⑤ 自宅～デイサービス間の送迎が基本です。病院には送り迎えはできません。
サービス提供の時間帯に、病院を受診することは、原則として認められていません。
デイサービスは「介護保険」を使ったサービスであり、これを利用中に「医療保険」を利用する病院を受診することはできないという理由です。
*ただし、急変等、緊急などのやむを得ない場合には受診することが可能です。
- ⑥ 救急搬送時について
 - ・救急車に、当事業所のスタッフが同乗しなければならない場合でも、業務に支障をきたす場合がある為、病院での付き添いは出来ません。必ずご家族に来ていただくよう、お願い致します。
 - ・病院から事業所への帰りの交通費(タクシー代)は、別途ご請求させていただきますので、ご了承下さい。

【 事業所利用時のリスクについての説明 】

当事業所では、利用者様が安全に過ごしていただけるよう、環境づくりに努めております。又、ご利用者様の状況に合わせて援助させていただいておりますが、身体状況や、病気に伴う様々な病状が原因により、下記の危険性を伴う事を十分にご理解いただきますよう、お願い申し上げます。

①転倒の危険性

②骨折の危険性

高齢である場合、骨がもろく、通常の対応でも骨折する場合がございます。

③皮膚の損傷、皮下出血

高齢である場合、皮膚は薄く、少しの摩擦でも表皮剥離が出来やすい状態です。血管ももろく、軽度の打撲等でも皮下出血が出来やすい状態にあります。

④窒息、誤飲、誤嚥

加齢、認知症、脳卒中等の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。窒息、誤飲、誤嚥の危険性が高い状態にあります。

⑤急変

高齢であったり、基礎疾患がある事で、脳や心臓の疾患により急変のリスクがあります。

ご利用者様の急変時は、事業所の判断で緊急に病院搬送を行う事があります。ご家族様、緊急連絡先にはすぐに連絡させていただきます。上記の事は、ご自宅でも起こりうることで、十分にご留意いただけますようお願い申し上げます。