

介護予防 / 日常生活支援総合事業通所型サービス A

(緩和した基準によるサービス)

重要事項説明書

1. 事業所概要

事業所の種類	通所型サービス A (緩和した基準によるサービス)
指定番号	21A3100024
事業所名	マイケル
所在地	岐阜県可児市下恵土 3440-678
連絡先	TEL 0574-48-8215 FAX 0574-63-6617
管理者名	佐藤 彩
事業の目的	要支援状態にある高齢者等に対して、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、通所型サービス A (緩和した基準によるサービス) を提供することを目的とする
運営方針	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この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の軽減や悪化防止、もしくは要介護状態になることの予防のため、適切なサービスの提供に努める

2. 事業実施地域及び営業時間

実施地域	可児市
営業日と営業時間	①月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 午前 9 時 00 分～午後 0 時 00 分 ②火曜日・木曜日 午後 1 時 00 分～午後 4 時 00 分 ※但し、国民の祝日 (振替休日含む)、年末年始 (12 月 31 日～1 月 3 日) 及び、お盆 (8 月 13 日～8 月 15 日) を除く

3. 事業所の設備の概要

定員	①11 名 (1 単位) ② 6 名 (2 単位)
フロア	48.74 m ²

4. 事業所の職員体制

職名	常勤	非常勤
管理者	1名	
介護職員		2名

5. サービスの内容

- ① 送迎 ② 排泄 ③運動器機能向上サービス

6. 利用料金

可児市は地域区分の7級地の適用地域であり、1単位10.14円となります

総単位数に10.14円を乗じた保険請求額の1割分（又は2割/3割分）が利用者負担額となります

① 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）

要介護度		基本単位	
		1月につき	1日につき
①	事業対象者・要支援1	1618	53
②	事業対象者・要支援2	3259	107

② 加算（当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に算定）

項目	基本単位	算定要件
生活機能向上 グループ活動加算	100/月	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合
若年性認知症利用者 受入加算	240/月	受け入れた若年性認知症ごとに個別の担当者を定めているものとして若年性認知症利用者に対してサービスを行った場合
栄養アセスメント加算 ※2	50/月	管理栄養士と職員が共同して栄養アセスメントを実施し、情報を厚労省に提出した場合 ※1※3との併用算定不可
栄養改善加算 ※3	200/月	管理栄養士が栄養状態の改善のため個別に栄養管理し、多職種共同で栄養計画を作成し、必要あれば居宅へ訪問する

口腔機能向上加算 (I) ※1	150/月	看護職が個別的に口腔機能を把握し、多職種で計画を作成し、口腔機能向上サービスを提供した場合
口腔機能向上加算 (II)	160/月	上記に加え、計画等の情報を厚労省に提出し、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
生活機能向上連携加算 (I)	100/月	ICT・ビデオ等の動画活用により、リハビリ職が訪問せずに助言を受け、個別機能訓練計画を作成している場合
生活機能向上連携加算 (II)	200/月	リハビリ職が直接、事業所に出向き計画を共同作成している場合
一体的サービス提供加算	480	利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施した場合
口腔・栄養 スクリーニング加算 (I)	20/回	利用開始及び6月ごとに利用者の口腔の健康状態と栄養状態について確認を行い、担当の介護支援専門員に提供している場合
口腔・栄養 スクリーニング加算 (II)	5/回 6ヶ月に1回	※2、※1又は※3を算定している場合に口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に提供している場合
科学的介護推進 体制加算	40/月	ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他基本的な情報を厚労省に提出していること
送迎減算	-47/片道	事業所が送迎を行わない場合
サービス提供体制加算 (I)	88/月 (①の場合) 176/月 (②の場合)	介護従事者の総数のうち介護福祉士が70%以上配置している場合
サービス提供体制加算 (II)	72/月 (①の場合) 144/月 (②の場合)	介護従事者の総数のうち介護福祉士が50%以上配置している場合
サービス提供体制加算 (III)	24/月 (①の場合) 48/月 (②の場合)	介護従事者の総数のうち介護福祉士が40%以上配置している場合

介護職員処遇改善加算 (令和6年5月31日まで)	(I) 5.9%	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している場合(1か月あたりの総単位数に左記を乗じた額を加算)
介護職員等 特定処遇改善加算 (令和6年5月31日まで)	(I) 1.2%	同上
介護職員等 ベースアップ等支援加算 (令和6年5月31日まで)	1.1%	同上
介護職員処遇改善加算 (令和6年6月1日より適用)	(I) 9.2%	同上
高齢者虐待防止措置 未実施減算	0.01	虐待の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合(所定の単位数に左記を乗じた額を減算)
業務継続計画 未策定減算 (令和7年4月1日より適用)	0.01	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が策定されていない場合業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合(所定の単位数に左記を乗じた額を減算)

③ その他実費の費用

おやつと雑貨	100円/日
紙パンツ M	160円
紙パンツ	M:160円 L:210円
パット	20円
フラットタイプ	35円

※季節行事、外出行事等で別途費用がかかる場合があります。

④ 利用金の支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求をし、26日に口座自動引き落としされます。

7. サービス利用方法

① サービス利用開始

担当の地域包括支援センターにご相談の上、お申込みください。当事業所の職員がお伺いします。

② サービス利用終了

1. 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください

2. 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1か月前までに、文書で通知いたします。

3. 自動終了（以下に該当する場合は、通知がない場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合

③サービスの提供の記録

- ・事業所は通所介護等サービス提供に関する記録を付けることとし、これを契約終了後5年間保管します
- ・利用者は、事業所の営業時間内にその事業所にて、利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます
- ・利用者は、利用者に関するサービス実施記録複写物の交付を受けることができます
(有料：10円/枚)

8. 契約解除

- ・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、利用者は即座に契約を解約することができます
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヵ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず期限までに支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります

9. 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に利用者に容体の変化等があった場合には、応急処置を行い事前の打ち合わせによる主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等に連絡をいたします

10. 事故発生時の対応

- ① 事業者は、通所介護等の提供にあたっては、利用者が安全に利用していただけるよう、利用者の身体、生命の確保に万全を尽くしますが、万一事故が発生した場合には事故原因の追究及び解決にあたります

- ② 事業者は万が一の事故発生に備えて損害賠償責任保険に加入していますが、利用者も適切な対応を講ずるものとします
- ③ 事業者は、通所介護等の提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼし、法的義務が発生した場合には利用者に対してその損害を賠償します

1 1. 非常災害対策

防災時の対応	非常災害時の関係機関への通報について定期的に従業員に周知
防災設備	火災報知機 誘導灯 消火器
防災訓練	年 2 回実施
防火責任者	佐藤 彩

1 2. 苦情等の対応

当事業所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、下記までお気軽にご相談ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます

相談担当者：佐藤 彩 / 連絡先： 0574-48-8215 / 受付時間：午前 9 時～午後 5 時 00 分 (月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日)

また、公的機関においても苦情申し出が可能です

可児市役所介護保険課 (介護事業者係)	(所在地) 可児市広見 1-1 (電話番号) 0574-62-1111 (FAX) 0574-63-4406 (受付時間) 8:30～17:15 (土日祝を除く)
国民健康保険団体連合会 (苦情対応係)	(所在地) 岐阜県下奈良 2-2-1 岐阜県福祉農業会館内 (電話番号) 058-275-9826 (FAX) 058-277-0431 (受付時間) 9:00～16:00 (土日祝を除く)
岐阜県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	(所在地) 岐阜県下奈良 2-2-1 岐阜県福祉農業会館内 (電話番号) 058-278-5136 (直通) (受付時間) 9:00～16:00 (土日祝を除く)

1 3. 秘密保持について

- ① 当事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密をもらしません
- ② 当事業所の従業員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密をもらしません
- ③ 事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上、必要な範囲内で利用者またはその家族等の個人情報を用います

年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス A（緩和した基準によるサービス）の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

（事業者） 所在地 可児市下恵土 3440-678

名 称 マイケル

説明者 氏名 _____

私は、本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス A（緩和した基準によるサービス）についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

（利用者） 住 所 _____

氏 名 _____

（代理人） 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄 _____