

・居宅介護支援センター松林「指定通所介護サービス」
重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な指定通所介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2 法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 慶寿会		
代表者名	小笹 貴夫		
法人の所在地	茅ヶ崎市下寺尾 1835-2		
電話番号	0467-52-8711	FAX 番号	0467-52-8712
業務の概要	社会福祉事業経営		
事業所数	6		

3 事業所の概要

事業所名	居宅介護支援センター松林		
事業所の所在地	茅ヶ崎市松林 3-9-28		
電話番号	0467-50-1521	FAX 番号	0467-50-3040
介護保険事業者番号	1472400074		
指定年月日	平成11年11月1日		
併設サービス	居宅介護支援、訪問介護、指定第1号訪問事業、指定第1号通所事業		
管理者氏名	平本哲也		
通常の事業実施地域	茅ヶ崎市 藤沢市一部地域(辻堂神台1丁目、2丁目、城南1丁目)		

4 事業所の職員体制等

本事業所に勤務する管理者及び職員等の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

(1) 管理者 1名 (常勤兼務)

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

(2) 生活相談員 2名以上 (常勤兼務・非常勤兼務)

生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービスの調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携において必要な役割を果たす。

(3) 看護職員 1名以上

看護職員は、健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用する為に必要な処置を行う。

(4) 介護職員 4名以上

介護職員は、通所介護の提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対して適切な介助を行う。

(5) 機能訓練指導員 1名以上

機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むのに必要な運動機能や口腔機能の維持向上と減退を防止する為に必要な機能訓練等を行うとともに、対応する介護職員の指導をする。又、個別機能訓練加算対象の利用者の個別計画を作成・評価をする。

(6) 管理栄養士 1名以上

管理栄養士は、利用者の栄養並びに身体の状態を考慮し、適切なサービスを行う。又、利用者および家族に必要な栄養指導を行う。

(7) 調理員 1名以上

利用者への食事の提供を行う。

(8) 調理補助 1名以上

利用者に対する食事の調理の提供の補助を行う。

(9) 歯科衛生士 1名以上

口腔機能向上加算対象利用者の個別計画・評価を行うとともに、全利用者が日常生活を営むのに必要な口腔機能向上運動に対応する看護師と協力し、介護職員の指導をする。

(10) 運転員 2名以上

送迎時の運転と車の乗降の介助、車の清掃を行う。

(11) 事務員 1名以上

請求業務・事務処理を行う。第4条 事業所に勤務する職員、員数、及び職務内容は次のとおりとする。

5 利用定員、営業日、営業時間、サービス提供時間

・利用定員 1日40名 (総合事業利用者含む)

営業日	月曜日から土曜日まで		
営業時間	平日	土曜日	祝日
	8:30~17:30	8:30~17:30	8:30~17:30
サービス提供時間	9:30~16:30	9:30~16:30	9:30~16:30
	日曜日及び年末年始(12月29日から翌年の1月3日まで)を休業とする。		

6 利用者負担金

(概算：単位)

サービス内容	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
通常規模通所介護費 (Ⅱ3)	658	777	900	1023	1148
入浴Ⅰ/Ⅱ	(Ⅰ) 40 (利用回数により計算) / (Ⅱ) 55 (所定の要件を満たしている場合)				
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 (利用回数により計算)				
中重度ケア体制加算	45 (利用回数により計算)				
個別機能訓練加算Ⅰ	56 (利用回数により計算)				
口腔機能向上加算Ⅰ	Ⅰ 150 (月 2 回程度)				
認知症加算	60 (利用回数により計算)				
栄養改善加算	200				
ADL 維持等加算 (Ⅰ) / (Ⅱ)	(Ⅰ) 30 単位 / (Ⅱ) 60 単位				
科学的介護推進体制加算	40 単位/月				
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ口)	所定単位数の 120/1000 加算				
合計単位×地域単価 10.45=介護保険料					
*1 割負担の方	介護保険料×0.9=給付額		介護保険料—給付額=利用者負担額		
*2 割負担の方	介護保険料×0.8=給付額		介護保険料—給付額=利用者負担額		
*3 割負担の方	介護保険料×0.7=給付額		介護保険料—給付額=利用者負担額		

・ 口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) (Ⅱ)

利用開始時及び 6 月ごとに口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、当該情報を担当する介護支援専門員に報告します。

(Ⅰ) 20 単位/回 (Ⅱ) 5 単位/回 (栄養改善加算または口腔機能向上加算算定し (Ⅰ) を算定できない場合)

食費	1 回につき 847 円
----	--------------

(注)

・ サービス提供体制加算Ⅲ

直接サービスを提供する職員の総数のうち、7 年以上の勤続年数者数が 30% 以上配置または介護福祉士が 40% 以上の事業所に加算されます。

・ 中重度ケア体制加算

要介護 3・4・5 該当する利用者の割合が 30% 以上であり、決められた算定要件が整っている事業所に加算されます。

・ 個別機能訓練加算Ⅱ

同様の訓練内容が設定された 5 人以下の集団 (個別対応含む) に機能訓練指導員 (理学療法士・看護師・あんまマッサージ指圧師) が直接行います。

・ 口腔機能向上加算

口腔ケアの必要な方に個別に実施計画を策定し、これに基づきサービスを行った場合に加算します。

・ 認知症加算

日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の割合 20% 以上であり、決められた算定要件が整っている事業所に加算されます。(Ⅲ以上の方対象)

・ 栄養改善加算

低栄養状態の改善等を目的として個別に栄養食事相談等の栄養管理を行い、実施計画に基づきサービスを行った場合に加算します。

・ ADL 維持等加算 (Ⅰ) (Ⅱ)

ADL を良好に維持・改善する事業者を評価する加算。利用開始月と当該月の翌月から起算して 6 月目に於いて Barthel Index を適正に評価できる者が ADL 値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出している際に加算します。

・ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの ADL 値・栄養状態・口腔機能・認知症の状況、その他の利用者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出を行った場合に加算されます。

・ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ口)

介護の質を高める為に介護職員の賃金改善等処遇改善に充てる為、所定の割合に応じた介護報酬を加算します。

但し、次に掲げる項目については、別に利用料金をお支払いいただきます。

○クリアケース・服薬袋 (希望者実費)

○必要時の服薬前の補助食品 (希望者実費)

○特別な行事費 (個別レク材料費等) 実費

○おむつ 150 円/枚 パット 50 円/枚

○キャンセル料 キャンセルがあった場合については、次の額を徴収いたします。

前営業日の 17 時までに連絡がない場合、食費代相当額。ただし、急な入院や病状の急変などの場合はこの限りではありません。

○通常のサービス地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その旅費

(実費) の支払いが必要となります。

前項の費用の支払いを含むサービスを提供する際には、事前に利用者又はその家族に対して必要な資料を提示し、当該サービスの内容及び費用を説明した上で、利用者の同意を得ます。利用料は、銀行口座振込により、指定期日までにお支払いください。現金によるお支払いはご相談ください。利用料等の支払いを受けたときは、利用料とその他の利用料について記載した領収証を交付します。

7 守秘義務又は、秘密の保持

- (1) 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密および個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) あらかじめ契約により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

8 緊急時の対応

事業者は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

また、管理者・看護師・訓練を受けた専門職としての判断により、ご利用者の状態が急変した場合や、必要と判断した場合等には、施設より救急搬送を行うなど必要な対応をとらせていただく場合があります。

9 相談窓口、苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

相談窓口	電話番号 0467-50-1521 FAX番号 0467-50-3040
	相談員 平本哲也 齊藤 治與 石井一徹 管理者 平本哲也 対応時間 8:30~17:30

- (2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出等が出来ます。

市町村介護保険相談窓口 (茅ヶ崎市役所高齢福祉課)	所在地 茅ヶ崎市茅ヶ崎 1-1-1 電話番号 0467-81-7164 対応時間 8:30~17:00
市町村介護保険相談窓口 (藤沢市役所介護保険課)	所在地 藤沢市朝日町 1-1 電話番号 0466-50-3527 対応時間 8:30~17:00
神奈川県国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地 横浜市西区楠木町 27-1 電話番号 045-329-3447 苦情受付窓口 0570-022-110 利用時間 8:30~17:15

【説明確認欄】

令和 年 月 日

本書面にに基づき重要事項を説明しました。

(事業者) 社会福祉法人 慶寿会
(事業所) 居宅介護支援センター 松林

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、「指定通所介護サービス」の提供開始に同意し、交付を受けました。

(利用者) 氏名 _____ 印

代理人又は立会人

氏名 _____ 印