

釧路市通所型サービス介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業 通所型サービスA

重要事項説明書

社会福祉法人釧路啓生会
在宅サービス釧路鶴ヶ岱啓生園
老人デイサービスセンター

釧路啓生会サービス提供の 基本理念・基本方針

サービス提供の基本理念

当施設のサービスを利用する方々が、心身共に健やかに、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう支援する。

サービス提供の基本方針

- (イ) その人らしい生活を支える施設
- (ロ) 利用者の安全と自由が守られる施設
- (ハ) ぬくもりの伝わる施設
- (ニ) 介護に困っている方のお役にたてる施設
- (ホ) 利用者・家族・地域に信頼される施設

◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金
5. 利用料金のお支払いについて
6. 苦情の受け付けについて
7. サービス利用の留意事項
8. 緊急時の対応
9. 非常災害対策
10. 事故発生時の対応
11. 感染症対策の強化
12. 高齢者虐待防止のための措置に関する事項について
13. 緊急やむを得ず身体拘束を行う際の手続き
14. 第三者評価の実施について

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業 通所型サービスA 重要事項説明書**

サービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人釧路啓生会
法人所在地	北海道釧路市北園1丁目1番27号
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 中島 太郎
電話番号	0154-55-5252
設立年月日	昭和48年12月25日

2. 事業所の概要

(1) ご利用施設

施設の名称・種類	在宅サービス釧路鶴ヶ岱啓生園老人デイサービスセンター 第1号通所事業 通所型サービスA		
施設の所在地	北海道釧路市鶴ヶ岱2丁目2番5号		
施設長名	朱田 敏子		
電話番号	0154-41-1123		
FAX番号	0154-41-1124		
開設年月日・事業所番号	平成29年 4月 1日		
通常の事業の実施地域	釧路市（但し、音別町・阿寒町・阿寒湖畔を除く）		
営業日	1月1日～12月31日（年中無休）		
サービス提供時間	通常9時20分～16時20分		
利用定員	1人（1日）		

(2) ご利用施設で併せて実施する事業

事業の種類		介護保険指定番号	利用定数
施設サービス	指定介護老人福祉施設	0174100099	85人
居宅サービス	指定短期入所生活介護	0174100099	5人

(3) 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者であるご利用者が、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、通所介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、ご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、ご利用者の要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

3. 職員の配置状況

《職員配置状況》

職 種	配置職員	区 分				指定基準
		常 勤		非 常 勤		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管理者	1人		1			1
相談員	2人	2				1 (1日)
介護員	14人	12		2		6 (1日)
看護師	2人		2			1 (1日)
機能訓練指導員	2人		2			1
栄養士	2人		2			
調理員	10人		9		1	
運転手	5人			4	1	

《サービス従業員の勤務体制》

職 種	勤 務 体 制
介護員	標準的な時間帯における配置人員 8：00～17：00 8：15～17：15 8：30～17：30
看護師	8：30～17：30 8：30～15：30
機能訓練指導員	8：30～15：30
相談員	8：00～17：00 8：15～17：15 8：30～17：30
運転手	午前勤務 7：50～9：50 午後勤務 ①14：00～16：00 ②15：40～17：40

4. 当事業所が提供するサービスと 利用料金

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

サービスの種別	内 容
食 事	当事業所では、管理栄養士が立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮し、普通食・粥食・きざみ食を提供します。 献立は、季節の食材に配慮し、祝祭日等行事食や選択食も取り入れバラエティに富んだ料理を心掛け、楽しく食事ができるよう工夫しています。
入 浴	通所型サービスAに関しては、入浴の提供は対象外となっております。
排 泄	ご利用者の排泄の援助を行います。
機能訓練	通所型サービスAに関しては、機能訓練指導の提供は対象外となっております。
健康管理	看護師及び介護員が健康管理を行います。 緊急時には、必要な医療機関への搬送をご家族の協力のもとですみやかにを行います。
送 迎	ご自宅から事業所までの送迎を行います。但し、本人希望により「送迎なし」も選択可能です。
レクリエーション (年間行事)	春・・・ ・懇談会 ・お茶会 ・お花見ドライブ 夏・・・ ・野外昼食会 ・盆踊り会 秋・・・ ・秋祭り ・敬老会 ・紅葉ドライブ 冬・・・ ・クリスマス会 ・ホーム喫茶
サークル活動	手工芸 園芸 お茶会 書道 音楽 ゲームなど

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

サービスの種別	内 容
食事の提供	1食500円（おやつ代含む）
レクリエーション クラブ活動	ご契約者または、ご利用者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 材料費・経費などは実費ですので、事前に希望をとります。
日常生活上必要となる諸費用実費	オムツ代 実費弁償 ご利用者の希望により、日常生活に必要なものを提供する場合には、ご利用者に負担していただくことが適当であるものについて係る費用です。

(3) その他施設で行うサービス

サービス記録の提示及び複写物の交付

ご契約者がサービス記録の提示、また複写物を必要とする場合はいつでもお申し出ください。

(4) サービス利用料金

①介護保険給付対象のサービス料金

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

第1号訪問事業・通所型サービスAの利用料…基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：通所型サービスA】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
通所型サービスA費(11) 要支援1・要支援2	16,180円(1ヶ月につき)	1,618円	3,236円	4,854円
通所型サービスA費(12) 要支援2	32,590円(1ヶ月につき)	3,259円	6,518円	9,777円
通所型サービスA費(1回数) 要支援1・要支援2	3,920円(1回につき) (1月の中で全部で4回までのサービス)	392円	784円	1,176円
通所型サービスA費(2回数) 要支援2	4,020円(1回につき) (1月の中で全部で8回までのサービス)	402円	804円	1,206円

※月額包括報酬を基本としますが、次の条件により利用1回ごとの利用が可能です。

- ①退院直後など状態が不安定で一ヶ月を通しての利用が不明な場合
- ②暫定利用の場合
- ③月途中でサービス利用が中止・停止することがあらかじめ決まっている場合
- ④月途中からの利用開始の場合

【加算：通所型サービスA】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額			
		基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
生活機能向上グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	1,000円	100円	200円	300円
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	2,000円	200円	400円	600円
栄養アセスメント加算	利用者ごとに管理栄養士・看護職員・介護職員・生活相談員らが共同で栄養アセスメントを行い、利用者や家族に結果を説明し、相談等に必要に応じて対応した場合	500円	50円	100円	150円
口腔機能向上加算(I)	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合	1,500円	150円	300円	450円
口腔機能向上加算(II)		1,600円	160円	320円	480円

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	利用開始時及び利用中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し、情報を担当ケアマネに提供している場合(6月に1回を限度)	200円	20円	40円	60円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	栄養アセスメント加算、栄養改善加算または口腔機能向上加算を算定しており、(Ⅰ)を算定できない場合(6月に1回を限度)	50円	5円	10円	15円	
生活機能向上連携加算(Ⅰ) ※3ヶ月に1回を限度	外部のリハビリテーション専門職と連携し、機能訓練指導員等が、生活機能向上を目的とした個別の訓練計画を作成した場合	1,000円	100円	200円	300円	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)		2,000円	200円	400円	600円	
一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合 栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合は算定しない。	4,800円	480円	960円	1,440円	
若年性認知症利用受入加算	個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合	2,400円	240円	480円	720円	
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、認知症等の状況を厚生労働省に提出している場合	400円	40円	80円	120円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)※	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	要支援1	880円	88円	176円	264円
		要支援2	1,760円	176円	352円	528円
要支援1		720円	72円	144円	216円	
要支援2		1,440円	144円	288円	432円	
要支援1		240円	24円	48円	72円	
要支援2		480円	48円	96円	144円	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)※	介護職員等の処遇改善及び職場環境の改善を行った場合	所定の介護サービス費及び各加算により算定された1ヶ月の単位数に9.2%を掛けた金額				

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます。

【減算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から減算された利用料金となります。

減算の種類	減算の要件(概要)		減算額			
			基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
同一建物減算	1週当たりの標準的な回数を定める場合(1月につき)	要支援1	12,420円	1,242円	2,484円	3,726円
		要支援2	25,070円	2,507円	5,014円	7,521円
	1月当たりの回数を定める場合(1回につき)	要支援1	2,980円	298円	596円	894円
		要支援2	3,080円	308円	616円	924円
人員基準欠如	1週当たりの標準的な回数を定める場合(1月につき)	要支援1	11,330円	1,133円	2,266円	3,399円
		要支援2	22,810円	2,281円	4,562円	6,843円

- ・送迎減算（日額）～事業所が送迎を行わなかった場合、片道470円を減算
- ・高齢者虐待防止措置未実施減算～1週当たりの標準的な回数を定める場合は1月につき要支援1で160円、要支援2で330円、1月当たりの回数を定める場合は1回につき40円を減算（基本利用料）

②介護保険給付対象外のサービス料金

サービスの種別	内 容
食材料費の提供	1食 500円（おやつ代含む）
おむつ代	実費弁償
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（ご利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

③取消料について

利用予定日の当日になって、サービス提供を中止した場合、以下のとおり取消料（当日の食材料費）をいただく場合があります。ただし、利用予定日の前日（午後5時までに連絡）までに利用中止の申し出をされた場合は不要とします。

利用中止の時期	取消料
利用予定日の前日（午後5時までに連絡）	ありません
利用予定日の当日	取消料（当日食材料費500円）

- ・経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合には変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

（5）その他、サービス利用料金について

- ・ご利用者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただき、要介護度決定後、介護保険から自己負担額を除く金額が払い戻されます。（償還払い）*申請される場合には、「サービス提供証明書」を交付いたします。
- ・サービス費及び各種加算については、釧路市長が定めた金額であり、これが改定された場合は、これらの料金も自動的に改定されます。尚、その場合は、事前に新しい料金を書面にてお知らせいたします。

（6）サービス利用料金の算出

介護保険給付対象サービス料金の自己負担額 + 介護保険給付対象外サービスの全額 = 利用者負担金
--

5. 利用料金の支払いについて

利用料・費用は、1ヶ月毎に計算しご請求しますので、翌月20日までにお支払いください。但し、利用の廃止が生じた場合は、その都度お支払いいただきます。

①お支払い方法

ア. 銀行口座から自動引き落としさせていただきます。

※但し、みずほ銀行・秋田銀行など一部引き落とし出来ない金融機関があります。

②利用の中止・変更・追加

ア. 利用予定日の当日になって、サービス提供を中止した場合には、取消料（当日食材料費500円）をいただく場合があります。

イ. サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により、契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受け付けについて

(1) 苦情に対する体制・対応の手順

サービス利用者等が苦情の申し出をしやすい環境を整えるため、苦情受付担当者を下記のとおり配置しております。

苦情があった場合は、直ちに苦情受付担当者が内容・意向等を聞くと共にサービス提供者からも事情を確認します。その上で、内容等を精査し、苦情解決責任者(園長)へ報告、又は必要に応じて会議を開催し、速やかに対応方法を含めた結果報告をして、関係者への連絡調整を行います。その際、苦情に対する内容、経過、対応記録を保管し再発防止に活用します。

(2) 当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口	総務課長 小島 敬矢
受付方法	電話・郵便物・苦情受付ボックス（在宅玄関に設置）
受付時刻	毎週 月曜日～金曜日 9:00～18:00
電話番号	0154-41-1123

(3) 行政機関その他苦情受付機関

釧路市福祉部介護高齢課	所在地	釧路市黒金町7丁目5番地
	電話番号	0154-23-5151
	FAX	0154-32-2003
	受付時間	8:50～17:20
北海道国民健康保健 団体連合会	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
	電話番号	011-231-5161
	FAX	011-231-5178
	受付時間	9:00～17:00
北海道保健福祉部 福祉局施設運営指導課	所在地	札幌市中央区北3条西6丁目
	電話番号	011-231-4111
	FAX	011-232-1097
	受付時間	9:00～17:00

7. サービス利用の留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- ・施設、設備、敷地は、その本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に、又はわずかな注意をはらえば避けられたにも係わらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の対価をお支払いいただく場合があります。
- ・当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) ハラスメント防止対策について

- ◆事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- ◆介護サービスの利用にあたってご留意いただきたい事項（職員に対する禁止行為）
 - ①身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼすまたは及ぼされそうになった行為）
 - ②精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけられたり、おとしめたりする行為）
 - ③セクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

(3) 金銭及び貴重品の管理

- ・利用時の金銭及び貴重品の持ち込みについては、原則として利用者の自己管理となります。
- ・自己管理中に紛失等が発生した場合、当センターでは責任を負いかねますので、必要以上の金銭及び貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- ・自己管理ができない利用者で金銭及び貴重品を持参しなければならない場合は、送迎時に直接職員にお渡しください。

(3) 喫煙

- ・当施設は全面禁煙となっております。

8. 緊急時の対応

当事業所のサービス提供中に、ご利用者の病状が急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。

9. 非常災害対策

- ① サービスの提供中に、天災その他災害が発生した場合、従業員は利用者の避難等適切な措置を講じます。又、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関、地域町内会との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとるものとします。
- ② 非常災害に関する具体的な計画を立てておくとともに、定期的に避難訓練を行い、又、非常災害時の関係機関、地域町内会への通報及び連携体制を整備し、それら定期的に従業員に周知します。

- ③ 消火器、消火栓等の消火設備、非常口等の避難設備及び非常ベル等の警報設備を設け、常にこれらの設備を整備します。

10. 事故発生時の対応

- ① サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び釧路市等へ連絡を行うとともに、必要な置を講じます。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- ③ 事業所の責任により生じた損害については、事業所は速やかにその損害を補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について利用者の故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- ④ 損害賠償保険への加入…（契約書第15条参照）
本事業所では、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

保険名： 社会福祉施設総合保障制度（居宅介護事業者賠償責任保険）

保障の概要：対人、対物、人権侵害事故補償、経済的損害補償等

11. 感染症対策の強化

（1）感染症対策の強化

- ① 当事業所においては感染症対策の為、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）を実施し、感染症の発生防止に努めるとともに、園内感染発生時においては、蔓延防止に努めます。
- ② 事業所内の感染防止のため、下記の理由により、サービス利用を中止又は延期させていただく場合があります。
 - ・サービス利用前の健康確認により、発熱、咳、鼻水、倦怠感等の感染が疑われる症状が顕著であった場合
 - ・同居者の感染症罹患があった場合
 - ・事業所内で感染が確認され、営業を休止する場合

（2）感染の発生時における対応

- ① 当事業所関係者に感染が発生した際は、必要に応じて保健所及びその他の関係機関へ報告を行うとともに、必要な情報提供を行います。
- ② 感染が発生した際は、感染症マニュアルに沿った対応を行います。
- ③ 職員の感染状況などにより、最低限の人員によるサービス提供となる場合があります。その際は、受入利用者数の制限やサービス提供時間の短縮、サービス内容の一部変更等を行うことがあります。

（3）その他

- ① サービス利用中に、熱発やその他感染が疑われる症状が見られた場合は、かかりつけ病院等の医療機関への受診を依頼するとともに、受診の結果、感染症の発症やその他療養が必要との診断を受けた場合は、原則、サービス利用を中止させていただきます。

1 2 . 高齢者虐待防止のための措置に関する事項について

当事業所は、ご利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 事業所としての措置

① 高齢者虐待防止に関する委員会、担当者を以下のとおり選定しています。

高齢者虐待に関する委員会	身体拘束廃止・虐待防止委員会
高齢者虐待に関する担当者	施設サービス課 課長 廣田 初子

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を前項のとおり整備しています。

④ 高齢者虐待防止研修等を通じて、職員の人権意識の向上や技術の向上に努めます。

⑤ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

⑥ 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できるよう配慮するほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組めるように努めます。

(2) 相談・通報先

釧路市福祉部介護高齢者福祉課介護予防担当	所在地	釧路市黒金町7丁目5番地
	電話番号	0154-23-5185
	受付時間	8:50~17:20
釧路町健康福祉部介護高齢課地域包括支援係	所在地	釧路町東陽大通西1丁目1番地1
	電話番号	0154-40-5217
	受付時間	8:45~17:15
北海道高齢者虐待防止相談支援センター	所在地	札幌市中央区北2条西7丁目かでの2.7 2階
	電話番号	011-281-0928
	受付時間	平日9:00~17:00 ※休日夜間は、留守番電話で対応

1 3 . 緊急やむを得ず身体拘束を行う際の手続き

利用者又は他の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を除き、身体拘束等を行ってはならないこととし、緊急やむを得ない場合は、その態様及び時間、その際の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することとします。

(1) 3か月に1回以上委員会を開催します。またその結果について従業者へ周知します。

(2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。

(3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

1 4 . 第三者評価の実施状況について

当事業所においては、上記について現段階で検討中であり、実施はしておりません。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項の説明を行いました。

在宅サービス釧路鶴ヶ岱啓生園
老人デイサービスセンター

説明者職氏名 _____

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、サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏 名 _____

契約者住所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

令和6年6月1日現在