

デイサービスセンター
ビバ・イン
重要事項説明書

地域密着型通所介護重要事項説明書

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

デイサービスセンター ビバ・イン

電話番号 017-721-3366 (月曜日～金曜日 午前8:00～午後5:00)

※ ご不明な点は何でもお尋ねください。

2 デイサービスセンター ビバ・インの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	デイサービスセンター ビバ・イン
所在地	〒030-0841 青森県青森市奥野2丁目20-1
介護保険事業所番号	地域密着型通所介護 (0270104417)
事業の実施地域	青森市(旧浪岡町を除く)
利用定員	18名
管理者氏名	北田 裕子 (キタダ ユウコ)

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください

(運営の方針)

- 1、従業員は、利用者の心身の特性を踏まえて、その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、入浴、排泄、食事の介護等日常生活上必要な介護及び機能訓練を行う。
- 2、従業者は、事業の提供に当たっては懇切丁寧に行うことを旨とし利用者又はその家族に対しサービスの提供方法などについて理解しやすいように説明を行う。
- 3、事業の提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- 4、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保・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るものとする。
- 5、事業の実施にあたっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター等の職員等により構成される運営推進会議を設置し、概ね6月に1回以上運営推進会議に対し、活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言を聴くものとする。

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護支援専門員、介護福祉士	介護支援専門員と兼務		1名
生活相談員	介護福祉士	常勤、介護職員と兼務		1名
介護職員	介護福祉士	3名うち1名は 他業務と兼務		3名
看護職員	看護師	1名 機能訓練指導員と兼務		1名
機能訓練指導員	看護師	1名 看護職員と兼務		1名

※ 職員の人数は、令和6年2月1日現在のものです。

- ① 管理者は、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、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
- ② 生活相談員は、以下の業務を行います。
 - 利用者の生活相談、機能訓練、処遇の企画や実施を行う。
 - 地域密着型通所介護計画の作成・変更などを行い、利用の申し込みに係る調整をすること。
 - 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議への出席、利用者に関する情報の共有など居宅介護支援事業者等との連携に関すること。
 - 地域密着型通所介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握すること。
- ③ 介護職員は、地域密着型通所介護の提供に当たります。
- ④ 看護職員は、以下の業務を行います。
 - サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握
 - 利用者の静養のための必要な措置
 - 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行うこと
- ⑤ 機能訓練指導員は、以下の業務を行います。
 - 地域密着型通所介護計画に基づき、その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、機能訓練を行います。

(3)

営業日	営業時間
平日	8:00~17:00 サービス提供時間 9:00~16:00
営業しない日	火曜日、土曜日、日曜日、年末年始(12/29~1/3)

3 サービス内容

種類	内容
食事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。
入浴	入浴又は清拭を行います。 歩行困難な方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定など利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

*費用

介護保険の適用がある場合は、原則として負担割合証に応じた割合率となります。利用者の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

4 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、原則として負担割合証に応じた割合率となります。

【地域密着型通所介護費 7時間以上8時間未満の場合】

単位：円

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
753/日	890/日	1,032/日	1,172/日	1,312/日

*上記金額は1割の表記となります。

(2) 加算・減算等

入浴介助加算	個別機能訓練 加算 I (イ)	サービス提供体制加算 I	介護職員等 処遇改善加算 I
40/日	56/日	22/回	サービスの介護報酬総単位数 の9.2%
同一建物減算	送迎減算	業務継続計画 未策定減算	高齢者虐待防止 未実施加算
-94/日	片道 -47/日 往復 -94/日	なし	なし

*上記金額は1割の表記となります。

《入浴加算》

入浴加算は、入浴中の利用者の観察を含む、介助を行っている場合に算定します。

《個別機能訓練加算》

個別機能訓練加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定地域密着型通所介護事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ師が利用者様の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者様の居宅を訪問し利用者様又はご家族様に対し機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練ないような見直し等を行っている場合に算定します。

《認知症加算》

認知症加算は、介護を必要とする認知症の利用者に対してサービスの提供を行っている場合に算定します。

《サービス提供体制加算》

サービス提供体制加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所が、利用者様に対し、指定地域密着型通所介護を行った場合に算定します。

《介護職員処遇改善加算》

介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象となります。

《特定処遇改善加算》

特定処遇改善加算は、技能・経験のある介護職員の処遇改善を図ることを目的とした加算となります。

《送迎減算》

何らかの理由により、送迎を行わない場合（利用者のご自身で事業所へ通所する場合やご家族が送迎する場合など）には、送迎未実施に係る減算の対象となります。

《同一建物減算》

事業所と同一建物に居住する利用者に対して、サービスを提供した場合に減算となります。

《高齢者虐待防止未実施減算》

虐待の発生や再発を防止するための措置が講じられていない場合に減算となります。

《業務継続計画未策定減算》

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に減算となります。

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料の10倍をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

- 食事の提供に要する費用 550円/回（おやつ代込）

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。

- おむつ代 おむつ 100円/枚 パンツタイプ 100円/枚 尿取りパッド 30円/枚

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

- 通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は通常の事業の実施地域を越えた地点より片道1キロメートルごと 30円/kmの送迎費が必要となります。

●複写物

A4,B5 10円/枚 カラー50円/枚
A3 20円/枚 カラー100円/枚

●その他の費用

地域密着型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は利用者の負担となります。

●キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

当日のご連絡、またはご連絡をいただかなかった場合	食事代金 550円
--------------------------	-----------

(3) 料金のお支払い方法

毎月、月末締め翌月10日に請求をいたしますので、当月27日までにお支払いください。お支払い方法は、現金支払い・お振込み・金融機関口座自動引き落としのいずれかをご契約の際に選べます。なお、現金支払いの方は、支払いの際に領収証をお渡しします。利用者に関するサービス提供記録の複写物の交付を希望される場合は、その実費相当をご負担いただきます

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。
地域密着型通所介護契約を結び、サービスの利用開始となります。

(2) サービスの終了

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 当社の都合でサービスを終了する場合

- ・人員不足などやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了一ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・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お客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ・利用者がお亡くなりになった場合。

④ その他

- ・事業者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、利用者やご家族等に対して社会通念を逸脱するような行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了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二ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払われない場合、または利用者やご家族などが事業者やサービス従事者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただきます。

6 衛生管理など

事業所は、通所介護員等の清潔の保持と健康状態について、必要な管理を行うとともに、事業所への設備や備品についても衛生的な管理に努めます。また、感染症が発生及び蔓延しない様に、必要な措置を講じます。

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化があった場合は、主治医・救急隊・親族・民生委員・居宅介護支援事業者などへ連絡いたします。(24 時間対応可)

主治医	氏名 病院名 連絡先	
ご家族	氏名(続柄) 住所 連絡先	
その他	氏名(続柄) 住所 連絡先	

8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回の避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	防火戸・シャッター	16 個所	屋内消火栓	22 個所
	自動火災報知機	あり	ラセン式すべり台	5 個所
	誘導灯	124 個所	連結送水管、放水口	8 個所
	避難階段	3 個所		
消防計画等	東消防署への届け出日：平成 26 年 5 月 27 日 防火管理者：福士			

9 サービス内容に関する苦情

① 当社お客様相談・苦情担当

* その他虐待防止に関する事又はハラスメント等の相談先をご確認ください

・ 責任者…今 朱音 (副支配人) 担当者…北田 裕子 (管理者)

・ 電話番号 …… 0 1 7 - 7 2 1 - 3 3 6 6

・ FAX 番号 …… 0 1 7 - 7 7 5 - 6 1 1 7

② その他

当社以外に区市町村の相談・苦情窓口などに苦情を伝えることができます。

・ 介護保険課 電話番号 0 1 7 - 7 3 4 - 5 2 5 7

・ 苦情処理委員会 (青森県国保連合会内) 電話番号 0 1 7 - 7 2 3 - 1 3 0 1

・ 運営適正化委員会 (青森県社会福祉協議会内) 電話番号 0 1 7 - 7 3 1 - 3 0 3 9

1 0 事故発生時の対応方法について

ご利用者様に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者様家族、ご利用者様に係る担当の居宅介護支援等に連絡を取るとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者様に対する地域密着通所介護の提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

1 1 個人情報の保護

事業者が得た、ご利用者様又はご家族の個人情報のについては、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供につきましては利用者又はご家族の同意をあらかじめ書面にて行います。

1 2 虐待防止に関する事項

事業所は、ご利用者様の権利擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために必要な措置を講じます。

1 3 業務継続計画の策定について

- (1) 感染症や非常災害の発生において、利用者に対する指定地域密着型通所介護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計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 4 サービス利用に当たっての留意事項

●サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

●施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

●他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

●所持金品は、自己の責任で管理してください。

●施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び、政治活動はご遠慮ください。

●敷地内は禁煙となっております。

●相談

介護のことで、お悩みのこと・お困りごと、ご心配なことがございましたらお気軽にご相談ください。

●サービス利用にあたっての禁止行為

- (1) 通所介護員及び事業者の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷などの迷惑行為
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
- (3) サービス利用中に通所介護員を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること。

●その他

利用者・家族等からのお心づけは、固くお断わりしています。

令和 年 月 日

地域密着型通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

法人名 株式会社 ケア・グー
名称 デイサービスセンター ビバ・イン
所在地 〒030-0841 青森県青森市奥野二丁目20番1号
代表者名 代表取締役 倉橋 純造

説明者 _____印

私は契約書および本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

代理人

住所 _____

氏名 _____ 印

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- （1） 通所サービスの提供を受けるにあたり、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者打ち合わせにおいて、私の状態、家族の状況を把握する為に必要な場合。
- （2） 上記(1)の外、介護支援専門員または介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- （3） 現に通所介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調などを崩し又は怪我等で病院へ行ったときに、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- （1） 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- （2） 病院又は診療所（体調を崩し又は怪我等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- （1） 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- （2） 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容などの経過を記録する。

令和 年 月 日

事業所の名称 青森市奥野二丁目 20 番 1 号
デイサービスセンター ビバ・イン 殿

住所

氏名

印

(家族) 住所

氏名

印