

# 佐久市みついでいサービスセンター 重要事項説明書

## 1. 施設の概要

### (1) 利用施設及び実施する事業

施設名称	佐久市みついでいサービスセンター
所在地	佐久市新子田 866番地
事業の実施区域	佐久市内

事業の種類	長野県知事の事業者指定	指定(更新)年月日	定員
通所介護	事業所番号 2071700294	平成29年4月1日	22名
第1号通所事業 (通所介護相当サービス)		平成30年4月1日	

事業の種類	佐久市長の事業者指定	指定(更新)年月日	定員
認知症対応型通所介護	事業所番号2071700294	平成29年4月1日	8名
介護予防認知症対応型通所介護			

### (2) 職員の体制

#### ①通所介護（兼）第1号通所事業（通所介護相当サービス）

職種	職員数	うち、兼務する職員
管理者（センター長）	1	特養兼務
生活相談員	1以上	
介護職員	4以上	
看護職員	1以上	
機能訓練指導員	1以上	看護職員が交替で担当
事務職員	2以上	特養兼務
施設管理職員	2以上	特養兼務

#### ②認知症対応型通所介護（兼）介護予防認知症対応型通所介護

職種	職員数	うち、兼務する職員
センター長	1	特養兼務
管理者	1	生活相談員兼務
生活相談員	1以上	
介護職員	2以上	
看護職員	1以上	通所介護と兼務
機能訓練指導員	1以上	通所介護と兼務
事務職員	2以上	特養兼務
施設管理職員	2以上	特養兼務

(3) 設備の概要

フロア	通所介護、認知症対応型通所介護 (食堂、機能訓練室、静養室、相談室、畳コーナー)
浴室	一般浴室 特殊浴室 トイレ1か所
トイレ	男性2か所 女性4か所

(4) 車 両

送 迎 車	<input type="checkbox"/> 10人乗り小型リフト付き小型バス (うち車椅子乗車 2名)	1台
	<input type="checkbox"/> 10人乗りリフト付きワゴン車 (うち車椅子乗車 2名)	1台
	<input type="checkbox"/> 10人乗りリフト付きワゴン車 (うち車椅子乗車 2名)	1台
	<input type="checkbox"/> 4人乗り軽自動車 (うち車椅子乗車 1名)	1台
	<input type="checkbox"/> 4人乗り軽自動車	2台

(5) 営業日および営業時間

	営 業 日	休 日
通所介護 第1号通所事業 (通所介護相当サービス)	月曜から土曜	日曜日、1月1日～1月3日
認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護	月曜から金曜	土日、 1月1日～1月3日
開所時間	午前8時00分～午後5時00分	
サービス 提供時間	午前8時30分～午後5時00分	
	午前8時00分～午前8時29分、午後5時00分～午後6時00分 は延長時間	

2. サービスの内容

- (1) 【送 迎】 お住まいと当デイサービスセンターとの間の送迎を行います。なお、家族送迎も可能です。
- (2) 【食 事】 管理栄養士の立てる献立表により、栄養及び利用者の身体状況を考慮した食事形態で提供をします。
- (3) 【入 浴】 一般浴槽及び特殊浴槽による入浴の介助を行います。
- (4) 【排 泄】 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつ自立についても適切な援助を行います。
- (5) 【機能訓練】 機能訓練指導員をはじめ他の職員が共同で、利用者の心身の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退の防止を目的とした訓練・指導を行います。
- (6) 【認知症ケア】 認知症の医療・ケア等について定期的に研修を行います。また、利用者一人ひとりの症状に合わせて援助を行います。
- (7) 【口腔ケア】 利用者の口腔機能の向上を目的として、食後の口腔内清掃、摂食・嚥下機

能に関する訓練の指導及び実施をします。

- (8) 【褥瘡予防】 褥瘡が発生しないよう適切な介護サービスの提供に努めます。
- (9) 【レク行事】 年間行事計画に沿ってレクリエーション行事をします。
- (10) 【生活相談】 利用者及び家族の相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。利用終了後についてもご相談があれば承ります。
- (11) 【健康管理】 利用日に体調・健康状態把握のため、血圧・体温・脈拍の測定などの健康チェックを行います。
- (12) 【理美容】 希望者に理美容サービスをしています。料金は実費相当額をお支払いいただきます。

### 3. 利用料金

#### (1) 通常規模型通所介護費（料金表は別紙）

※ 負担していただく費用は「介護保険負担割合証」により、1割もしくは2割となります。

##### ①基本サービス費

区分	介護報酬日額		
	3時間以上4時間未満	4時間以上5時間未満	5時間以上6時間未満
要介護1	362単位	380単位	558単位
要介護2	415単位	436単位	660単位
要介護3	470単位	493単位	761単位
要介護4	522単位	548単位	863単位
要介護5	576単位	605単位	964単位

  

区分	介護報酬日額		
	6時間以上7時間未満	7時間以上8時間未満	8時間以上9時間未満
要介護1	572単位	645単位	656単位
要介護2	676単位	761単位	775単位
要介護3	780単位	883単位	898単位
要介護4	884単位	1,003単位	1,021単位
要介護5	988単位	1,124単位	1,144単位

##### ②延長時間料金等（8時間以上9時間未満の前後にサービスを行った場合）

利用時間	利用料金
2時間以上3時間未満	基本サービス費3時間以上4時間未満の100分の70
9時間以上10時間未満	50単位が加算されます

##### ③加算

##### \*入浴介助加算 50単位（日）

入浴介助を行った場合に加算されます。

##### \*中重度者ケア体制加算 45単位（日）

前年度又は前三月間の利用者の総数のうち、要介護度3以上の方が30%以上である場合に加算されます。

##### \*個別機能訓練加算(I) 46単位（日）

複数の機能訓練の項目が設定され、グループに分けて活動を行った場合に加算されます。

\*認知症加算 60単位(日)

前年度又は前三月間の利用者の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が20%以上である場合に加算されます。

\*若年性認知症利用者受入加算 60単位(日)

若年性認知症患者・利用者を受入、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合に加算されます。

\*口腔機能向上加算 150単位

利用者の口腔機能の向上を目的として、口腔機能向上サービスを行った場合に加算されます。(3月以内の期限に限り1月に2回を限度)

\*栄養改善加算 150単位

利用者の栄養状態を把握し、摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成し、管理栄養士等が記録評価している場合に加算されます。(3月以内の期限に限り1月に2回を限度)

\*栄養スクリーニング加算 5単位

利用者に対し、利用開始時及び利用中に栄養状態を確認し、その情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に加算されます。(6月以内の期限に限り1回を限度)

\*ADL維持等加算(Ⅰ) 3単位(月)

一定期間内に当該事業所を利用し、ADL(日常生活動作)の維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合に加算されます。ただし、機能訓練指導員が指標(バーサルインデックス)を用い評価するなど要件を満たす必要があります。

\*ADL維持等加算(Ⅱ) 6単位(月)

ADL維持等加算(Ⅰ)の要件を満たした事業所において、評価機関終了後にも指標(バーサルインデックス)を測定し報告した場合に加算されます。ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ)は各月でいずれか一方のみ算定となります。

\*サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 18単位

介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合に加算されます。

\*介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

月の所定単位(サービス費+算定する加算)×5.9%

\*送迎を行わない場合、47単位の減算となります。

(2) 第1号通所事業(通所介護相当サービス)

※負担していただく費用は「介護保険負担割合証」により、1割もしくは2割となります。

①基本サービス費

区分	利用対象者	介護報酬月額
週1回程度利用	要支援1・2、事業対象者	1,647単位
週2回程度利用	要支援2、事業対象者	3,377単位

②加算

\*若年性認知症利用者受入加算 240単位(月)

若年性認知症患者・利用者を受入、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合に加算されます。

\*運動器機能向上加算 225単位(月)

利用者の運動器の機能向上を目的として実施される機能訓練を行った場合に加算されます。

\*口腔機能向上加算 150単位(月)

利用者の口腔機能の向上を目的として、口腔機能向上サービスを行った場合に加算されます。(3月以内の期限に限り1月に2回を限度)

\*選択的サービス複数実施加算(I) 480単位(月)

運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービスの両方を実施した場合に加算されます。

\*事業所評価加算 120単位(月)

選択的サービス(運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービス)を行っており、一定人数の利用者の要支援状態を維持または改善した場合に加算されます。

\*サービス提供体制強化加算(I)イ

週1階程度利用 72単位(月)      週2回程度利用 144単位(月)

介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合に加算されます。

\*介護職員処遇改善加算(I)

月の所定単位(サービス費+算定する加算)×5.9%

※ 運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービスの両方を実施した場合は、選択的サービス複数実施加算(1)のみ算定となります。

(3) 認知症対応型通所介護費(地域密着型サービス)

※ 負担していただく費用は「介護保険負担割合証」により、1割もしくは2割となります。

①基本サービス費

区分	介護報酬日額		
	3時間以上4時間未満	4時間以上5時間未満	5時間以上6時間未満
要介護1	487単位	510単位	764単位
要介護2	536単位	561単位	845単位
要介護3	584単位	612単位	927単位
要介護4	633単位	663単位	1,007単位
要介護5	682単位	714単位	1,089単位
区分	介護報酬日額		
	6時間以上7時間未満	7時間以上8時間未満	8時間以上9時間未満
要介護1	783単位	885単位	913単位
要介護2	867単位	980単位	1,011単位
要介護3	951単位	1,076単位	1,110単位
要介護4	1,033単位	1,172単位	1,210単位
要介護5	1,117単位	1,267単位	1,308単位

②延長時間料金等(8時間以上9時間未満の前後にサービスを行った場合)

利用時間	利用料金
2時間以上3時間未満	基本サービス費3時間以上4時間未満の100分の63
9時間以上10時間未満	50単位が加算されます

③加算

\*入浴介助加算 50単位(日)

入浴介助を行った場合に加算されます。

\*個別機能訓練加算 56単位(日)

利用者ごとに個別機能訓練計画書を作成し、その計画書に基づき計画的機能訓練を行った場合に加算されます。

\*若年性認知症患者受入加算 60単位(日)

若年性認知症患者・利用者を受入、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合に加算されます。

\*口腔機能向上加算 150単位

利用者の口腔機能の向上を目的として、口腔機能向上サービスを行った場合に加算されます。  
(3月以内の期限に限り1月に2回を限度)

\*栄養改善加算 150単位

利用者の栄養状態を把握し、摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成し、管理栄養士等が記録評価している場合に加算されます。  
(3月以内の期限に限り1月に2回を限度)

\*栄養スクリーニング加算 5単位

利用者に対し、利用開始時及び利用中に栄養状態を確認し、その情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に加算されます。(6月以内の期限に限り1回を限度)

\*サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 18単位

介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合に加算されます。

\*介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

月の所定単位(サービス費+算定する加算)×10.4%

\*送迎を行わない場合、47単位の減算になります。

(4) 介護予防認知症対応型通所介護費

※ 負担していただく費用は「介護保険負担割合証」により、1割もしくは2割となります。

①基本サービス費

区分	介護報酬日額		
	3時間以上4時間未満	4時間以上5時間未満	5時間以上6時間未満
要支援1	425単位	445単位	661単位
要支援2	472単位	494単位	737単位
区分	介護報酬日額		
	6時間以上7時間未満	7時間以上8時間未満	8時間以上9時間未満
要支援1	678単位	766単位	791単位
要支援2	756単位	855単位	882単位

②延長時間料金等(8時間以上9時間未満の前後にサービスを行った場合)

利用時間	利用料金
2時間以上3時間未満	基本サービス費3時間以上4時間未満の100分の63
9時間以上10時間未満	50単位が加算されます

### ③加算

#### \*入浴介助加算 50単位(日)

入浴介助を行った場合に加算されます。

#### \*個別機能訓練加算 56単位(日)

利用者ごとに個別機能訓練計画書を作成し、その計画書に基づき、計画的機能訓練を行った場合に加算されます。

#### \*若年性認知症利用者受入加算 60単位(日)

若年性認知症患者・利用者を受入、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合に加算されます。

#### \*口腔機能向上加算 150単位(月)

利用者の口腔機能の向上を目的として、口腔機能向上サービスを行った場合に加算されます。(3月以内の期限に限り1月に2回を限度)

#### \*栄養改善加算 150単位(月)

利用者の栄養状態を把握し、摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成し、管理栄養士等が記録評価している場合に加算されます。

#### \*栄養スクリーニング加算 5単位

利用者に対し、利用開始時及び利用中に栄養状態を確認し、その情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に加算されます。(6月以内の期限に限り1回を限度)

#### \*サービス提供体制強化加算(I)イ 18単位

介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合に加算されます。

#### \*介護職員処遇改善加算(I)

月の所定単位(サービス費+算定する加算)×10.4%

\*送迎を行わない場合、47単位の減算になります。

### (5) その他の料金(介護保険の給付対象とならないもの)

- |             |      |                     |
|-------------|------|---------------------|
| ① 食費        | 600円 | (昼食代)               |
| ② おむつ代      | 実費   | (当センターにおいて提供した場合)   |
| ③ その他の日常生活費 | 実費   | (特別な材料が必要なレクの材料費など) |

## 4. 料金の支払い方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払い下さい。お支払いの方法は、ご契約の際に現金払いまたは口座振替の方法から選べます。

## 5. 利用の手続き

### (1) 利用開始

利用開始日が決定後契約を結び、サービスの提供を開始します。居宅サービス計画書に沿って通所介護計画書または個別サービス計画書を作成します。

### (2) 利用中止

#### ①利用開始以前の中止

利用日前に利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ・ご利用日当日午前8時30分までに連絡をいただいた場合 無料
- ・ご利用日当日午前8時30分を過ぎて連絡をいただいた場合 600円

#### ②利用中での中止

以下の事由に該当する場合、ご家族または緊急連絡先へ連絡をすると共に、速やかにデイサービスで行える処置をし、サービスを中止させていただく場合があります。

- ・健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

## 6. 契約の終了

### (1) 利用者の都合による場合

利用者は、契約の有効期間中であっても、事業者に対して文書で通知することにより、いつでも契約解除ができます。

### (2) 自動終了

以下の事項に該当する場合には、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ① 利用者が他の介護老人福祉施設に入所した場合。
- ② 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。
- ③ 利用者が死亡した場合。

### (3) 事業所からの申し出による場合

以下の事項に該当する場合には、所定の予告期間において文書で通知することにより、契約を解除していただく場合があります。

- ① 利用者が 事業所に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく 3 か月以上遅延し、相当期間定めた催告にもかかわらず支払わない場合。
- ② 利用者またはその家族等が、事業者やサービス従事者または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。
- ③ 利用者の入院もしくは病気などにより、3 か月以上にわたってサービスを利用できない状態であることが明らかになった場合。
- ④ やむを得ない事情により、施設を閉鎖する場合。

## 7. サービスご利用にあたっての留意事項

- (1) 喫煙 指定の場所においてできます。
- (2) 金銭・貴重品管理 お持ちにならないようお願いします。紛失等された場合は、事業所として責任を負いかねますのでご注意ください。
- (3) 迷惑行為及び  
禁止行為 事業者、施設職員または他の利用者に対し、生命・身体・財物・信用等を傷つける、騒音等迷惑を及ぼすような行為、宣伝・宗教活動、政治活動、営利活動を行うことは禁止します。
- (4) 施設・設備の利用 共同施設、設備、敷地は、本来の用途に従ってご利用ください。

## 8. 身体拘束の制限

利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。なお、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その事由を本人・家族等へ説明・同意を得て行います。

また、身体拘束を行った場合は、その状況についての経過記録を整備し、早期解除に向け、拘束の必要性や方法を逐次検討し、拘束解除に努めます。

## 9. 虐待防止対策

利用者が尊厳を持って安心して利用ができるよう、職員の研修等を行い、虐待防止を図ります。

## 10. 秘密の保持

職員は業務上知り得た利用者またはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、退職後も同様とします。



### 1 1. 個人情報の利用

施設内の担当者会議並びに関係機関とのケース会議において、利用者の個人情報及び家族に関する情報を用いさせていただきます。また、当施設は福祉サービスの質向上を目指し、定期的に「福祉サービス第三者評価」を実施しております。これにより、評価機関による訪問調査が行われます。利用者の皆様には、場合によって聞き取り調査を行うことがあります。

### 1 2. 緊急時の対応方法

サービスの提供中、容体の変化等があった場合は、事業所内でとれる必要な処置を講じるほか、あらかじめ届けられた連絡先、救急隊、訪問看護師等に可能な限り速やかに連絡いたします。

#### 緊急連絡先

氏名	続柄	
住所		
電話番号（自宅）		（職場）
かかりつけ医		
医療機関名		電話番号

### 1 3. 事故発生時の対応

利用者に事故があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講じるほか、あらかじめ届けられた連絡先に可能なかぎり速やかに連絡いたします。また、事故の原因、事故後の処理経過、対応策等を文書に明記し、代理人、介護保険者に報告します。

### 1 4. 衛生管理

施設における感染症及び食中毒の予防・蔓延防止を図るため、職員研修を定期的実施します。また、感染症及び食中毒の予防・蔓延防止対策を検討する医療ケア委員会を設置します。

### 1 5. 非常災害対策

- (1) 非常時の対応 「シルバーランドみつい」の防災計画に基づき迅速に対応します。
- (2) 防災設備 建築基準法および消防法による消防設備があります。
- (3) 防災訓練 年間2回以上の防災避難訓練を実施します。
- (4) 防火責任者 「シルバーランドみつい」の防火管理者

### 1 6. サービス内容に関する相談・苦情の受付について

#### (1) 相談・苦情の対応

利用者及びご家族より苦情の申し出があった場合には、「苦情解決に関する要綱」に基づき速やかに対応します。また、それにより万が一利用者及びご家族が不利益な扱いを受けた場合は、施設として責任ある対応を取らせていただきますので、責任者に申し出てください。

#### (2) 苦情受付窓口

##### ① 当センターの利用者相談・苦情担当

苦情解決責任者 センター長 伊藤 明弘

苦情受付担当者 生活相談員 輿水 由里子

電話 0267-66-6811（日曜日を除く、午前8時30分～午後5時30分の間）

FAX 0267-66-6810

- ② 佐久市相談・苦情担当  
 担当 佐久市役所 高齢者福祉課  
 電話 0267-62-2111  
 他市町村相談・苦情担当  
 担当 市町村介護保険担当窓口
- ③ 長野県国民健康保険団体連合会  
 担当 介護保険担当窓口  
 電話 026-238-1555
- ④ 長野県福祉サービス運営適正化委員会  
 電話 0120-28-7109  
 FAX 026-228-1030

平成 年 月 日

通所介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 住 所 佐久市新子田866番地  
 名 称 佐久市みついでいサービスセンター

説明者 氏 名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護について重要事項の 説明を受けました。

利用者 住 所  
 氏 名 印

代理人 住 所  
 氏 名 印

続 柄