

重要事項説明書

第一号通所事業
介護予防通所サービス

みゆき園デイサービスセンター

通所介護事業所

(第4370101422号)

人が人をおもう。人が人をつつむ。



名前		様
----	--	---

みゆき園デイサービスセンター通所介護事業所
 第一号通所事業介護予防通所サービス
 重要事項説明書

1 みゆき園デイサービスセンター通所介護事業所（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 健成会
代表者氏名	理事長 富島 三貴
所在地・連絡先	〒861-4172 熊本市南区御幸笛田6丁目6番70号 TEL (096) 378-1666

2 みゆき園デイサービスセンター通所介護事業所の概要

事業所名称及び事業所番号

事業所名	みゆき園デイサービスセンター通所介護事業所
所在地・連絡先	〒861-4172 熊本市南区御幸笛田6丁目6番71号 TEL (096) 379-6080 FAX (096) 379-3366
事業所番号	熊本県 第4370101422号
管理者の氏名	松岡 洋助
利用者定員	40名

3 事業の目的と運営の方針等

事業の目的	介護予防通所サービスは、介護保険法に従い利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことを目標として、利用者に介護予防通所サービスを提供します。
運営の方針	要介護認定の結果「要支援」と認定または「基本チェックリスト」による判定をされた在宅生活の方を対象とし、地域包括支援センター等の立てた介護予防サービス・支援計画または介護予防ケアマネジメントAをもとに介護予防通所サービス計画書を作成し、利用者のニーズに合わせ、各種アクティビティ、日常動作訓練や介護を行います。また、利用者同士の交流を促進し、心身機能の維持、向上を図るよう目指します。
介護予防通所サービス計画の作成および事後評価	当事業所の職員が、利用者の日常生活の状況及び希望を踏まえて、介護予防通所サービス計画書を作成し、説明の上同意を得て交付します。また、サービス提供の目標達成状況を定期的に評価します。

4 職員の勤務体制等

(1) 職員数

従業者の職種	人数(名)	区分		指定基準(名)
		常勤(名)	非常勤(名)	
管理者	1名	1名	0名	1名
生活相談員	1名以上	1名以上	0名	1名
介護職員	6名以上	6名以上	0名	6名
看護職員	1名以上	1名以上	0名	1名
機能訓練指導員	1名以上	1名以上	0名	1名

(2) 職員の勤務体

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	週休2日
生活相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	週休2日
介護職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	週休2日
看護職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	週休2日
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	週休2日

5 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本市・嘉島町下仲間
---------	------------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

6 営業日

営業日	営業時間
平日	9:00~17:00
祝日	9:00~17:00

営業しない日	日曜日・12月30日~1月3日 ※暦により12月30日は営業する場合があります。
--------	---

7 サービスの内容及び費用

(1) 介護予防通所サービス対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 12:00~13:00 (おやつ時間) 14:30~15:00 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供し、摂取状態を確認し食事の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	入浴または清拭を行います。 機械を用いての入浴も可能です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、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努めます。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行い、健康管理に努めます。
相談及び援助	当事業所では、利用者及びその家族等からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
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。

イ 費用

介護保険の適用がある方は下記料金が利用者負担額となります。

【介護予防通所サービス基本料金表】

	1ヶ月
要支援1	1,798円
要支援2	3,621円

※加算について（前項料金にそれぞれ加算されます。）

加算項目

加算の種類	内 容	負担額
口腔機能向上 加算 I	口腔機能が低下している者、またはその恐れのある利用者に対し、歯科衛生士等口腔機能改善のために計画を作成し、定期的な評価とこれに基づきサービ	150円

	スの提供を行った場合。(原則 3 ヶ月で見直しを行う)	
口腔機能向上 加算Ⅱ	加算Ⅰの取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出をした場合。	160 円
栄養改善加算	管理栄養士を 1 名以上配置し、低栄養状態にある者またはその恐れのある利用者に対し、栄養ケア計画を作成し、定期的な評価とこれに基づきサービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問した場合。 (原則 3 ヶ月で見直しを行う)	200 円
一体的サービス 提供加算	以下の要件を全て満たす場合。 ・ 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。 ・ 利用者が介護予防通所サービスの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を 1 月につき 2 回以上設けていること。 ・ 栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。	480 円
生活機能向上 連携加算Ⅱ	外部のリハビリテーション専門職や医師が事業所を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成した場合であって、運動器機能向上加算を算定している場合。(1 ヶ月につき)	100 円
口腔・栄養 スクリーニング 加算Ⅰ	利用開始時及び 6 ヶ月ごとにご利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合。	20 円
口腔・栄養 スクリーニング 加算Ⅱ	栄養改善加算や口腔機能向上加算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、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合。	5 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、生活相談員が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に応じ対応すること。また栄養状態等の情報を厚生労働省に提出した場合。	50 円
科学的介護推進 体制加算	ご利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって、必要な情報を活用している場合。	40 円

サービス 提供体制強化 加算 I	要支援 1	介護予防通所サービスの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上である場合。または、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上である場合。	88 円
	要支援 2		176 円
介護職員等処遇 改善加算 I	各種加算減算を加えて算定した単位数の1000分の92に相当する単位数。		加算率 9.2%

※サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。

※介護保険の適用がある方は、介護報酬上の告示の額に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額が利用者負担額となります。

※記載された料金は1割負担の料金です。

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、事業者が別に設定し、金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、保険料の滞納等により、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、お客様は料金表の利用料金金額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証を発行します。

8 サービス利用にあたっての留意事項

- ※ サービス利用の際には、介護保険証と地域包括支援センターまたは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。
- ※ 施設内の設置器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご使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。
- ※ 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ※ 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。眼鏡・シルバーカー・補聴器など含む。
- ※ 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。

9 介護保険給付対象外サービス

- ※ 食事の提供に要する費用
食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。
料金1回700円（おやつ代含む）
- ※ おむつ代
ご自宅でご準備ください。なお、当事業所のおむつを使用される方は、実費となります。
紙おむつ1枚120円　尿取りパット1枚50円
- ※ 事業の実施地域以外の送迎費
事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎日の実費が必要となります。
1kmあたり37円

※ 保険外サービス

理美容サービスを受けられ方は理美容業者の定める料金により実費が必要となります。

※ その他の費用

介護予防通所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、利用者負担となります。

10 衛生管理

- (1) 利用者の使用する食器その他飲用水について、衛生管理に努めます。
- (2) 感染症及び食中毒が発生しないように、適切な対応を行います。
- (3) 事業内の設備及び部品などについて、衛生的な管理に努めます。

11 利用料等のお支払方法

ご本人による管理	当月のご利用等の請求書を翌月中旬に交付しますので月末までに事務所へ持参してくださいようお願いいたします。
自動引き落とし契約者	当事業所では（株）セディナとの契約により、通帳より自動引き落としサービスが利用できます。

※入金確認後、領収証を発行します。

12 サービス内容に関する苦情等相談口

当事業所お客様相談窓口	苦情受付担当者 福沢 玉青 苦情解決責任者 松岡 洋助 ご利用時間 8:30~17:00 ご利用方法電話 (096) 379-6080 面接(当事業所1階相談室)・苦情箱(1階ロビーに設置)
熊本市介護事業指導課	所在地 熊本市中央区手取本町 1-1 電 話 096-328-2793
熊本県国民健康保険団体 連合会 介護保険課	所在地 熊本市東区健軍 2 丁目 4-10 熊本県市町村自治会館 5F 電 話 096-214-1101
熊本県社会福祉協議会	所在地 熊本市中央区南千反畑 3-7 電 話 096-324-5471

13 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにご利用者の主治医、緊急時連絡先（ご家族等）、介護予防サービス・支援計画または介護予防ケアマネジメント A を作成した地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等へ連絡をします。

病院名		主治医	
電話及び所在地			
緊急連絡先(家族等)	氏名(続柄)		
	住所		
	電話番号		

14 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームみゆき園消防計画」に沿って対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める消防計画に沿って年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	1個所
	避難階段	4個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導等	あり	漏電火災報知器	あり
	非常通報装置	あり		
	カーテン・布団等は防熱性能のある物を使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日 : 令和5年3月1日 防火管理者 : 山城 勉			

15 虐待防止に関する事項

- 1 利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。
 - (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - (2) 虐待の発生またはその再発を防止するための委員会の設置と定期的な開催
 - (3) 虐待防止委員会の結果について従業者への周知
 - (4) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備及び虐待を防止するための指針整備
 - (5) その他虐待防止のために必要な措置
 - (6) 上記措置を適切に実施するための担当者の配置（統括マネジャー）
- 2 サービス提供中に従業者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防通所サービス内容及び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

保護責任者 住所

氏名

印

当事業所は、介護予防通所サービスの開始に際し、内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防通所サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。

説明者 職名 生活相談員

氏名

印