

重要事項説明書

通所介護及び第1号通所事業（予防型通所介護サービス）

重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 事業所の名称等

- ・事業所名 デイサービスエデンの丘
- ・開設年月日 平成18年6月8日
- ・所在地 鹿児島県鹿児島市坂元町161番地4
- ・電話番号 099-247-8500
- ・FAX番号 099-247-5066
- ・管理者名 鈴木 泉
- ・介護保険指定番号 4670105594

(2) 通所介護及び第1号通所事業（予防型通所介護サービス）の目的

通所介護及び第1号通所事業（予防型通所介護サービス）については、要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画等に基づき、当施設をご利用いただき、利用者の社会的孤立感の解消及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図りながら、利用者の心身の機能の維持回復を図るため提供されます。

このサービスを提供するにあたっては、利用者に係るかかりつけ医をはじめとした専門職、その他専ら通所介護及び第1号通所事業（予防型通所介護サービス）の提供にあたる従事者の協議によって、通所介護計画及び予防型通所介護サービス計画が作成されますが、その際、利用者及び身元引受人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

【運営方針】

デイサービスエデンの丘では、利用者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通所サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行いながら、「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持又は向上を図ることで、居宅における生活の維持継続を目指します。

デイサービスエデンの丘では、明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者個々の意思を尊重したサービス提供に努めます。

デイサービスエデンの丘では、利用者の意思及び人格を尊重し、転倒の恐れ・点滴自己抜去等の緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。

デイサービスエデンの丘では、感染症対策、介護事故対策、身体拘束ゼロ運動、褥瘡防止等を目的とし、サービスの質の向上に努めます。

デイサービスエデンの丘では、地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、医療・保健・福祉サービス提供事業者、及び関係市町村及び地域包括支援センターと綿密な連携をはかり、利用者が地域において総合的サービス提供を受けることができるよう努めます。

サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者またはその家族に対して通所介護及び第 1 号通所事業（予防型通所介護サービス）上必要な事項について、理解しやすいように指導または説明を行うと共に利用者の同意を得て実施するよう努めます。

（３）事業所の職員体制

・ 管理者	1 名	常勤・兼務
・ 生活相談員	1 名以上	
・ 看護職員	1 名以上	
・ 介護職員	1 名以上	（但し、人員基準により算定）
・ 機能訓練指導員	1 名以上	
・ 調理員	1 名以上	（介護職員兼務）
・ 事務員	1 名以上	（同一敷地内事業所と兼務）
・ 運転手	1 名以上	（看護・介護職員兼務）

（４）通所利用定員

- ・ 定員 35 名

（５）サービス利用日

- ・ 毎週、月曜日・火曜日・水曜日・金曜日・日曜日といたします。ただし、12 月 31 日及び 1 月 1 日を除きます。

（６）サービス利用時間

- ・ 営業時間 午前 8 時 00 分～午後 6 時 00 分
- ・ サービス提供時間 午前 9 時 00 分～午後 4 時 15 分

（７）通常の事業の実施地域

- ・ 通常の事業の実施地域は、鹿児島市の区域といたします。

２．サービス内容

- ①通所介護計画及び予防型通所介護サービス計画の立案
- ②食事 昼食 12 時 00 分～
- ③入浴
- ④医学的管理・看護
- ⑤介護
- ⑥機能訓練（各部位機能向上、レクリエーション）

- ⑦栄養管理及び栄養状態の管理
- ⑧相談援助サービス
- ⑨行政手続代行（介護認定申請）
- ⑩その他

＊これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金、加算料金とは別に利用料金をいただくものもあります。

3. 利用料金

利用料金については【重要事項説明書3】をご覧ください。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

- ・協力医療機関

- ・名称： 医療法人博悠会 中村（哲）産婦人科内科
- ・住所： 鹿児島市樋之口町3－7

- ・協力歯科医療機関

- ・名称： 医療法人 市来歯科
- ・住所： 鹿児島市山之口町5－6

5. 緊急時における対応方法等

サービスの提供中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。また、天災その他の災害が発生した場合には、必要によりサービス利用者の避難等の措置を講じます。

6. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、家族、主治医及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、その事故が賠償すべきものである場合には、速やかに損害賠償を行います。

7. 秘密保持

当事業所の職員は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するよう、また職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて誓約しております。なお、サービス担当会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書によりお受けすることとします。なお、これに係る個人情報の利用目的は【重要事項説明書1】のとおりです。

8. 資質向上のための研修の機会の確保

職員の資質向上のため、採用後の3ヶ月以内、またその後随時に研修の機会を確保いたしております。

9. 施設利用に当たっての留意事項

・喫煙：

喫煙は、定められた喫煙場所にてお願いします。

・火気の取扱い：

火気の取扱いについては、管理者及び防火管理者の許可を得た後、職員が立ち会います。

・設備、備品の利用：

事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。

・金銭、貴重品の管理：

ご本人が所持される現金は小銭程度としてください。紛失等の事故の際は責任を負いかねますのでご了承ください。

・ペットの持ち込み：

事業所内へのペットの持ち込みは御遠慮願います。

・謝礼、贈り物：

当事業所では、ご利用いただく皆様方に余分な負担をおかけしないという趣旨から、謝礼、贈り物等につきましては堅くお断りします。何卒ご理解いただきましてご協力いただきますようお願いいたします。

・飲食物の持ち込み：

飲食物の持ち込みに関しては、利用者の健康管理・衛生管理上、原則としてお断りしております。

・その他：

サービスの提供を受けるにあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡してくださるようお願いいたします。

また、他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮ください。

10. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火シャッター、
 自動火災報知設備等
- ・防災訓練 年2回

11. 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心してサービス提供を受けていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

12. ご相談・ご苦情について

当事業、その他医療法人博悠会の運営する事業に関する相談、要望、苦情等は何なりと担当者までお申し出ください。責任をもって対応させていただきます。（【重要事項説明書2】「ご相談・ご苦情について」を参照ください。）

13. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合には、利用者にその内容を通
知（書類を交付して口頭で説明する、郵便で通知する等）し、変更内容について担
当者より説明を受け、それらに同意したことを確認するための書類を2通作成し、
利用者及び事業者は署名または記名・押印の上、各自1通を保有するものとします。

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	利用同意日現在、実施しておりません。
実施した直近の年月日	令和 年 月 日
実施した評価機関の名称	「 」
評価結果の開示状況	「 」

15. その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

【重要事項説明書 1】

個人情報の利用目的

個人情報保護方針は、利用者様及び家族様が安心して介護サービスをご利用いただくための当施設における個人情報取り扱いに関する宣言です。本方針をお読みになり、内容に同意された上で介護サービスをお受けいただきますようお願い申し上げます。本方針をお読みいただき、利用申込書に署名されたことにより、当事業所の個人情報のお取り扱いに同意された事とさせていただきます。

個人情報保護方針

- サービス利用者様・家族様と信頼関係のもと、利用者様ご自身・家族様の情報をご提供いただくことなしに、良い介護サービスを実現することはできません。当法人は、介護サービス提供に必要な範囲において皆様の個人情報を収集し、利用者様・家族様の同意のもと利用・提供を行ってまいります。
- 利用者様・家族様からご提供いただきました個人情報は、紛失、破壊、改ざん及び漏えいが起こらないよう適切な管理を徹底してまいります。
- 個人情報に関する法令及びその他のガイダンスを遵守してまいります。
- 個人情報保護の仕組みを継続的に改善できるよう、職員一同取り組んでまいります。

医療法人博悠会 理事長 中村 佐知子

1. 個人情報の収集、利用について

当事業所（併設事業所含む）の職員は、利用者様に介護サービスの提供、通常の業務について次の目的の達成のために利用者様・家族様の個人情報を利用します。詳細は「利用者様の個人情報の利用目的」をご覧ください。

- ①利用者様の健康維持と回復等の直接的な利益のため
- ②事業所の事務あるいは経営上必要のため
- ③介護、医療の向上への寄与のため

上記以外の目的のために利用者様・家族様の個人情報を利用する場合には、あらかじめその目的を利用者様にお伝えし同意をいただいたうえで利用いたします。

2. 個人情報の第三者提供について

利用者様・家族様の個人情報は、あらかじめ利用者様の同意をいただくことなく、当施設（併設事業所含む）の職員以外の者に提供することはいたしません。

ただし、1の利用目的に該当する場合は、利用者様・家族様から特にお申し出がない限り、利用者様に介護サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、利用者様・家族様の個人情報を第三者に提供いたします。

【介護サービスの利用者様の個人情報利用目的】

当事業所（併設事業所を含む）におきましては、以下の目的で介護サービス利用者様・家族様の個人情報を利用・第三者提供いたします。本内容をご理解の上、介護サービスの提供にご協力いただきますようお願い申し上げます。なお、以下の目的において、利用停止・第三者提供拒否の項目がございましたら、あらかじめお申し出願います。

- ① 介護サービス利用者様の健康維持と回復等の直接的な利益のため
 - ・利用者様の療養（診療）や説明
 - ・利用者様のご家族に対する説明
 - ・他の介護保険事業所、医療機関等へ利用者様を紹介する場合
 - ・利用者様に関して、他の介護保険事業所、医療機関等へ照会する場合
 - ・他の医療機関等の医師の意見を照会する場合
 - ・他の介護保険事業所、調剤薬局、医療機関等からの照会に対しての返答
 - ・急変、緊急時の呼び出し
 - ・利用者様の席次表示及び案内等のため
- ② 事業所の事務あるいは経営上必要なため
 - ・利用者様の基本情報等の管理業務のため
 - ・利用者様の会計や経理のため
 - ・介護報酬の請求業務
 - ・事業所の経営、運営のための基礎データ
 - ・立ち入り検査や実地指導への対応
 - ・第三者評価機関や審査機関等への情報提供
 - ・医師賠償責任保険、看護師賠償責任保険及び損害賠償保険等に係る、専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- ③ 介護、医療向上への寄与のため
 - ・臨床研究のためのデータ収集
 - ・広報誌、診療録への写真掲載
 - ・医師や看護師、その他の介護（医療）従事者等の教育や臨床研修（事業所内）
 - * ・医学生や看護学生、その他の介護（医療）従事者学生の教育や臨床研修
 - * ・小中高生、ボランティア、見学等

（*については個人情報保護に関するオリエンテーションを実施します。）

上記以外の目的のために利用者様・家族様の個人情報・第三者提供する場合には、あらかじめその目的を利用者様にお伝えし同意をいただいたうえで利用いたします。

本内容に関しまして、ご希望・ご不明な点がございましたら、個人情報担当窓口までお問い合わせ下さい。

個人情報担当窓口・・・担当：鈴木 泉

（デイサービスエデンの丘管理者）

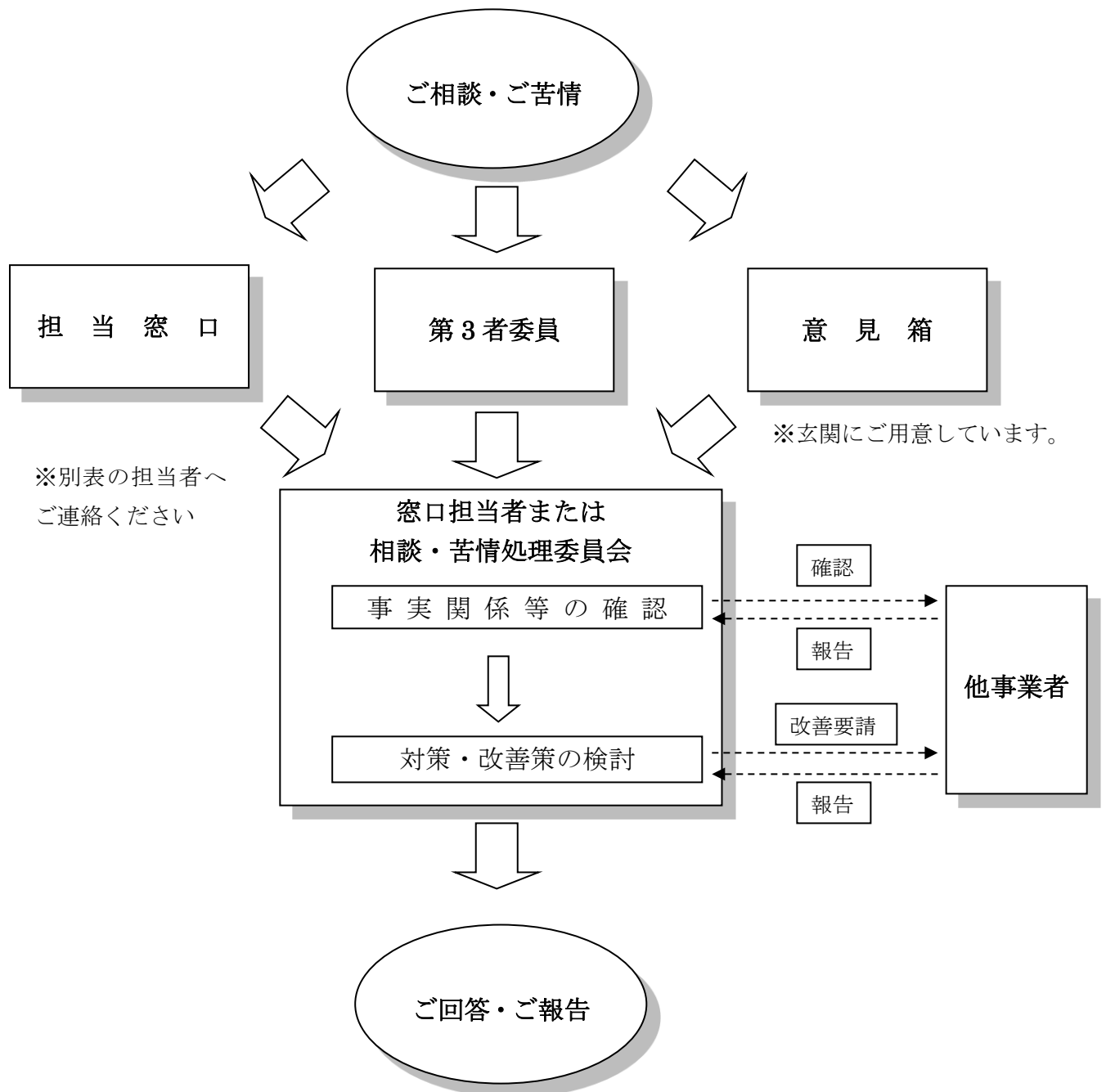
電話：０９９－２４７－８５００

FAX：０９９－２４７－５０６６

【重要事項説明書 2】

ご相談・ご苦情について

医療法人博悠会では、より質の高い開かれたサービスの提供を目指すため、皆様のご相談・ご苦情に、迅速かつ適切に対応できる体制を、下記の通り整えております。下記の窓口または意見箱をご利用いただき、何なりとお申し付けください。



【担当窓口】

施設等（・事業）	担当者	連絡先
通所介護/第1号通所事業 デイサービスエデンの丘	管理者 生活相談員	電話：099-247-8500 FAX：099-247-5066
小規模多機能居宅介護 小規模多機能ホームエデンの丘	管理者 介護支援専門員	電話：099-247-8880 FAX：099-247-5055
認知症対応型共同生活介護 (介護予防)認知症対応型通所介護 グループホームエデンの丘	管理者 介護支援専門員	電話：099-247-5050 FAX：099-247-5055

【苦情等解決責任者】

職名	連絡先
エデンの丘グループ 管理者	〒892-0862 鹿児島県鹿児島市坂元町161番地4 電話：099-247-8500 FAX：099-247-5066

【第3者委員】

委 員	連絡先 ※個人情報の観点から住所等は未記載
上川路 長生	電話：099-252-2070 FAX：099-
松下 良成	電話：099-223-2065 FAX：099-

※なお、下記公共機関窓口でも相談・苦情を受け付けています。

- 鹿児島県国民健康保険団体連合会(国保連) 介護保険課介護相談室
〒890-0064 鹿児島市鴨池新町6-6 鴨池南国ビル7階
☎：099-213-5122 FAX：099-213-0817 受付時間 9：00～17：00
- 鹿児島市役所 健康福祉局すこやか長寿部 長寿あんしん課 長寿施設係
〒892-8677 鹿児島市山下町11-1
☎：099-216-1147 受付時間 8：30～17：15
- 鹿児島市役所 健康福祉局すこやか長寿部 介護保険課
〒892-8677 鹿児島市山下町11-1
☎：099-216-1280 FAX：099-219-4559 受付時間 8：30～17：15
- 鹿児島県社会福祉協議会事務局 長寿社会推進部
福祉サービス運営適正化委員会
〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター5階
☎：099-286-2200 FAX：099-257-5707 受付時間 9：00～16：00

【重要事項説明書 3】

1. 基本料金

(1) 通所介護

①基本部分

(1) 3時間以上4時間未満

区分	利用者負担額	区分	利用者負担額
要介護1	370 円/回	要支援1	1,798 円/月
要介護2	423 円/回		436 円/回 (月1~4)
要介護3	479 円/回	要支援2	3,621 円/月
要介護4	533 円/回		447 円/回 (月1~8)
要介護5	588 円/回		

(2) 4時間以上5時間未満

区分	利用者負担額
要介護1	388 円/回
要介護2	444 円/回
要介護3	502 円/回
要介護4	560 円/回
要介護5	617 円/回

(3) 5時間以上6時間未満

区分	利用者負担額
要介護1	570 円/回
要介護2	673 円/回
要介護3	777 円/回
要介護4	880 円/回
要介護5	984 円/回

(4) 6時間以上7時間未満

区分	利用者負担額
要介護1	584 円/回
要介護2	689 円/回
要介護3	796 円/回
要介護4	901 円/回
要介護5	1,008 円/回

(5) 7時間以上8時間未満

区分	利用者負担額
要介護1	658 円/回
要介護2	777 円/回
要介護3	900 円/回
要介護4	1,023 円/回
要介護5	1,148 円/回

(6) 8時間以上9時間未満

区分	利用者負担額
----	--------

(2) 予防型通所介護サービス分

①基本部分

要介護 1	669 円/回
要介護 2	791 円/回
要介護 3	915 円/回
要介護 4	1,041 円/回
要介護 5	1,168 円/回

(1) 通所介護

②加算部分

加算項目	利用者負担額
入浴介助加算Ⅰ	40 円/日
入浴介助加算Ⅱ	55 円/日
中重度者ケア体制加算	45 円/日
生活機能向上連携加算Ⅰ (3月に1回を限度)	100 円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ	200 円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ (個別機能訓練加算を算定している場合)	100 円/月
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 円/日
個別機能訓練加算Ⅰロ	85 円/日
個別機能訓練加算Ⅱ ※個別機能訓練加算Ⅰに上乗せして算定	20 円
ADL維持等加算Ⅰ	30 円/月
ADL維持等加算Ⅱ	60 円/月
ADL維持等加算Ⅲ	3 円/月
認知症加算	60 円/日
若年性認知症利用者受入加算	60 円/日
栄養改善加算	200 円/月 2 回 (月 2 回を限度)

(2) 予防型通所介護サービス分

②加算部分

加算項目	利用者負担額
若年性認知症利用者受入加算	240 円/月
同一建物減算 1	-376 円/月
同一建物減算 2	-752 円/月
生活向上グループ活動加算	100 円/月
運動器機能向上加算	225 円/月
栄養改善加算	200 円/月
栄養アセスメント加算	50 円/月
口腔機能向上加算Ⅰ	150 円/月
口腔機能向上加算Ⅱ	160 円/月
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	480 円/月
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	700 円/月
事業所評価加算	120 円/月
生活機能向上連携加算Ⅰ (3月に1回を限度)	100 円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ	200 円/月

栄養アセスメント加算	50 円/月	生活機能向上連携加算Ⅱ (運動器機能向上連携加算を算定している場合)	100 円/月
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 円/回 (6月に1回を限度)	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 円/回 (6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 円/回 (6月に1回を限度)	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 円/回 (6月に1回を限度)
口腔機能向上加算Ⅰ	150 円/月 2 回	サービス提供体制加算Ⅰ ¹¹	88 円/月
口腔機能向上加算Ⅱ	160 円/月 2 回	サービス提供体制加算Ⅰ ¹²	176 円/月
同一建物減算	-94 円/日	サービス提供体制加算Ⅱ ²¹	72 円/月
送迎減算	-47 円/片道	サービス提供体制加算Ⅱ ²²	144 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 円/日	サービス提供体制加算Ⅲ ¹¹	24 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 円/日	サービス提供体制加算Ⅲ ¹²	48 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 円/日	科学的介護推進体制加算	40 円/月
科学的介護推進体制加算	40 円/月	通所型独自サービス 令和3年9月30日までの 上乗せ分	所定単位数の 1/1000 加算/月
感染症等対応加算	所定単位数 の3%加算/回		
通所介護令和3年 9月までの上乗せ分	所定単位数 の1/1000 加算/月		

③介護職員処遇改善加算 (1) 通所介護、(2) 予防型通所介護サービス分に共通
①及び②の合計単位数に、下記の割合を乗じた額

サービス内容略称	算定項目
処遇改善加算Ⅰ	9.2%/月
処遇改善加算Ⅱ	9.0%/月
処遇改善加算Ⅲ	8.0%/月
処遇改善加算Ⅳ	6.4%/月
令和7年3月31日までの間 処遇改善加算Ⅴ ^{(1)～(14)}	8.1%/月～3.3%/月

《基本料金合計》

法定代理受領サービスの場合、月額利用料の計算式は基本的に次のとおりとなります。

- ・要介護…①と②の合計単位数に、③と月の利用回数及び各利用者の負担割合を乗じた額。(②の加算種類によっては、計算方法が異なる場合があります。)
- ・予防型通所介護サービス…①と②の合計単位数に、③と各利用者の負担割合を乗じた額。

ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合にあっては、いったん通所介護サービスでは介護報酬告示額にて算定される料金(10割)を、予防型通所介護サービスでは鹿児島市長が定める基準上の額(10割)をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日市町村の窓口に提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

2. その他の料金

区分	内 容 等
食費	昼食 500 円 (おやつ代含む)
通常区域外交通費	通常の事業実施地域を越えた地点から、片道 4 キロメートル以上 50 円/ k m
時間外費用	応相談
日用生活費	実費

これらの費用の支払いを受ける場合は、利用者又はその家族に対し事前に文書でその内容と費用の額の説明を行い、支払いに同意する旨の文書に署名(記名・押印)をいただきます。

ただし、定期的な介護報酬改定や、消費税率引上げに伴う臨時・特例的な介護報酬の変更にあたっての利用者又はその家族への説明及び同意については、利用者の保護の観点並びに事業者の事務負担軽減の観点から、次のような対応を取る場合がございます。

【対応の例】 「利用者負担額改定表等を紙で配付する等を行った上で、利用者又はその家族へ説明し、理解を得る。その場合、利用者負担額の改定に同意した旨の署名・捺印は必ずしも要しないが、事業者は利用者負担額の改定の説明を行った日時・方法・対象者を明確に記録し残しておく」等。

なお、【重要事項説明書 3】の「2. その他の料金」の変更時については、上記の【対応の例】は行わず、利用者又はその家族に対し事前に文書でその内容と費用の額の説明を行い、支払いに同意する旨の文書に署名(記名・押印)をいただきます。

3. 料金の支払方法

月ごとの清算とし、毎月末で締め、翌月 10 日前後に請求いたします。当事業所はこれに基づき原則として請求書をご本人もしくはご家族に直接もしくは郵送にてお渡しいたします。

請求料金は、直接事業所に持参する方法で請求金額をお支払いいただきます。(※当事業所銀行口座へのお振込をご希望される方は、職員までご相談ください。)

また、当事業所は、料金の支払を受けたときは、必ず領収書を発行いたします。再発行はいたしませんので大切に保管ください。また、お振込の場合、原則として領収書は発行いたしません。(※但し、ご依頼があった場合はこの限りではありません。)

【通所介護及び第1号通所事業（予防型通所介護サービス）利用同意書】

デイサービスエデンの丘において、通所介護及び第1号通所事業（予防型通所介護サービス）の提供を受けるに当たり、通所介護及び第1号通所事業（予防型通所介護サービス）に係る利用約款、並びに重要事項説明書、重要事項説明書1、重要事項説明書2及び重要事項説明書3を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

なお、契約が成立したことを証するため本同意書2通を作成し、利用者及び事業者は署名または記名・押印の上、各自1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者 事業所所在地 〒892-0862
鹿児島県鹿児島市坂元町161番地4
事業所名 デイサービスエデンの丘
事業所指定番号 4670105594
管理者名 鈴木 泉 ⑩

説明者 職 名 : ☐管理者 ☐生活相談員 ☐ ()

氏 名 : _____ ⑩

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

署名代理人 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 :) ⑩

署名の 1 手指欠損等及び麻痺等の障害のため

代行理由 2 認知症のため 3 その他 ()

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 :) ⑩

家族の同意 私は、家族（親族）代表として【重要事項説明書1】に基づく個人情報の取り扱いについて同意いたします。

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 :) ⑩