

地域密着型通所介護重要事項説明書

ご利用者に対する地域密着型通所介護(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(法人)の概要

事業者(法人)の名称	特定非営利活動法人ライトハピネス
主たる事務所の所在地	熊本県八代市福正町918番地1
代表者(職名・氏名)	理事長 川村明美
設立年月日	平成25年6月18日
電話番号	0965-62-8663 (FAX0965-62-8664)

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス福笑庵	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
事業所の所在地	熊本県八代市福正町918番地1	
電話番号	0965-62-8663 (FAX0965-62-8664)	
指定年月日・事業所番号	平成26年4月21日指定	4370202675
指定更新年月日	令和2年4月21日更新	
実施単位・利用定員	1単位	定員15人
通常の事業の実施地域	八代市(坂本町、東陽町、泉町を除く)	

3. 目的・運営方針

目的・運営方針	地域で暮らす高齢者の方々に対し、家族や地域の支えあいにより、住み慣れた地域で、また明るく家庭的な環境で、その人らしい暮らし方ができるよう支援する事業を行うものとします。
---------	--

4. 提供するサービスの内容

地域密着型通所介護は、事業者が設置する事業所(デイサービス福笑庵)に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日、営業時間及びサービス提供時間

営業日	月曜日から土曜日まで 休業日…日曜日、年末年始(12月30日から1月3日)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時から午後4時30分まで

6. 事業所の職員体制

職員の職種	勤務の人数(形態)
管理者	1名(常勤)
生活相談員	1名(常勤・非常勤)
看護職員	1名以上(常勤・非常勤)(兼機能訓練指導員)
介護職員	1名以上(常勤・非常勤)
機能訓練指導員	1名以上(常勤・非常勤)(兼機能訓練指導員)

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員(生活相談員)及びその管理責任者(管理者)は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 高野喜代美、安成聖光
管理責任者の氏名	管理者 村上紀代子

8. 利用料

あなたが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、あなたからお支払いいただく「利用者負担額」は、介護保険負担割合証に基づいてご負担いただきます。ただし、介護保険給付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。

(1) 地域密着型通所介護の利用料

【基本部分：地域密着型通所介護費】

令和6年4月改定

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	地域密着型通所介護費	
		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担額 1割/2割/3割 ※(注2)参照
6時間以上 7時間未満	要介護1	6,780円	678円 / 1,356円 / 2,034円
	要介護2	8,010円	801円 / 1,602円 / 2,394円
	要介護3	9,250円	925円 / 1,850円 / 2,775円
	要介護4	10,490円	1,049円 / 2,098円 / 3,147円
	要介護5	11,720円	1,172円 / 2,344円 / 3,516円
7時間以上 8時間未満	要介護1	7,530円	753円 / 1,506円 / 2,259円
	要介護2	8,900円	890円 / 1,780円 / 2,670円
	要介護3	10,320円	1,032円 / 2,064円 / 3,096円
	要介護4	11,720円	1,172円 / 2,344円 / 3,516円
	要介護5	13,120円	1,312円 / 2,624円 / 3,936円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(注3) 上記の表にない時間区分(4時間以上5時間未満、5時間以上6時間未満)の表は別紙にて

説明いたします。

【加算】

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	加算額	
		基本 単位	利用者負担額 1割/2割/3割(円)
入浴介助加算Ⅰ	入浴介助に関わる職員に対し入浴介助に関する研修等を行うこと(1日につき)	400 (単位)	40/80/120
入浴介助加算Ⅱ	上記の要件に加え医師等(当事業所では介護福祉士や機能訓練相談員等)が居宅を訪問し動作や環境を踏まえて計画を作成すること。	550	55/110/165
個別機能訓練加算Ⅰ(口)	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合(1日につき)	760	76/152/228
個別機能訓練加算(Ⅱ)	個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し機能訓練の実施や必要な情報の活用をしていること。	200	20/40/60
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養、口腔、認知症の状況を厚生労働省に提出し必要な情報の活用をする	400	40/80/120
口腔機能向上加算Ⅱ	看護師等が口腔機能改善管理指導計画に従ってサービス提供し記録評価したものを厚生労働省に提出	160	月1回 160 月2回 320
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	当該指定地域密着型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。	180	18/36/54
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護報酬総単位数の92/1000に相当する単位数が加算され、利用者負担額はその1割又は2割又は3割となります。		

※口腔機能向上加算Ⅱ…看護師等とは(言語聴覚士、歯科衛生士、看護師)、月2回実施します。

その他の加算

ご利用者の状況や当事業所の状況、介護報酬改定に応じて、下記の通り加算が算定される場合があります。(ADL維持等加算、認知症加算、中重度者ケア体制加算等)新たに加算を算定する場合は、事前に文書で通知いたします。

【減算】

○送迎を行わない場合(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合)は減算の対象となるので適正な算定により計算された額を減算いたします。

(2) その他の費用

食費(昼食)	550円(おやつ代を含む)
おむつ代	リハビリパンツ1枚130円、尿取パッド1枚30円。ただし、現物返品可
娯楽教養費	実費
資料等複写料	1枚20円

(3) サービスの中止

サービス提供日の午前9時までに通知をすることにより、料金を負担することなくサービスを中止することができます。ただしサービス提供日の午前9時までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、キャンセル料を徴収いたします。やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とし

ます。

キャンセルの時期	キャンセル料
サービス提供日の午前9時以降	食 費(昼食)550円

利用者の体調不良等の理由により、地域密着型通所介護の実施が困難と判断した場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族や関係者へ連絡をいたします。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担額)その他の費用等は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担額等の受領に関わる領収書等については、利用者負担額等の支払いを受けた後に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の28日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の28日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	
	氏名(利用者との続柄) 電話番号	

10. 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、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	担当者 村上紀代子(管理者) 電話番号0965-62-8663 FAX番号0965-62-8664 面接場所 当事業所の相談室
---------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	八代市役所 介護保険課	電話番号 0965-32-1175
	熊本県国民健康保険団体連合会	電話番号 096-214-1101

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 急な体調の変化や不慮の事故によるケガ等があった場合は、応急処置および緊急受診などの必要な処置を講ずるほか、速やかにご家族およびご利用者のかかりつけの医師に連絡を取って指示を仰ぎます。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 共有の設備・備品等は他の迷惑にならないようにご利用ください。
- (5) 時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合もございます。
- (6) 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受はお断りいたします。

13. 非常災害対策

事業所は、非常災害に際し「非常災害に関する具体的計画」（消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画）を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、防火管理者等を定め定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。

- (2) 事業所は訓練の実施に当たり可能な限り、消防団や地域住民等の参加が得られるように連携に努めます。

14. 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供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。

15. 衛生管理等

事業所は利用者の使用する建物、食器その他の設備又は飲用に供する水等について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

16. 運営推進会議

事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として設置します。

17. 虐待の防止に関する措置

事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 事業所において従業員に対し虐待防止のための研修を定期的実施しています。
- (4) 虐待防止に関する担当者を置いています。

虐待防止に関する担当者：管理者 村上紀代子

- (5) 事業所は、サービス提供中に、事業所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかにこれを八代市に通報するものとします。

18. ハラスメント対策について

事業所は介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
 - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為
- 上記は当該事業所職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、事案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

19. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	
実施した評価期間の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

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を説明しました。

事業者 所在地 熊本県八代市福正町918番地1

事業者(法人)名 特定非営利活動法人ライトハピネス

代表者職・氏名 理事長 川村 明美 印

説明者職・氏名 管理者 村上紀代子 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利 用 者 住 所

氏 名 印

署名代行者(又は法定代理人)

住 所

本人との続柄

氏 名 印

立 会 人 住 所

氏 名 印