

重要事項説明書（通所介護）

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 兵庫福祉会
主たる事業所の所在地	兵庫県加古川市志方町成井１００番地
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	（０７９）４５３－２１００

2. ご利用事業所

事業所の名称	ヴィラ播磨デイサービスセンター
所在地	加古川市志方町成井１００番地
介護保険事業所番号	２８７２２００６３５
管理者の氏名	徳賀 茂雄
電話番号	（０７９）４５３－２１００
ファクシミリ番号	（０７９）４５３－２１０１
営業日	月曜～金曜日（年末年始は除く）
営業時間	９時３０分～１５時４５分
利用定員	４０名

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人福祉施設	平成１２年４月１日	２８７２２００３２０	８０名
短期入所生活介護 （介護予防）	平成１２年４月１日	２８７２２００３２０	２０名
訪問介護	平成１２年４月１日	２８７２２００６５０	
介護予防型訪問サ ービス	平成２９年４月１日		
介護予防訪問相当 サービス			
居宅介護支援事業所	平成１２年４月１日	２８７２２００４４５	

4. 事業所の目的と運営の方針

事業の目的	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必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより利用者の社会的孤立感の解消、及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
運営の方針	当サービスにあたっては、地域及び行政機関等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. 身体拘束

当施設は、原則として利用者様に対し身体拘束は行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合、当施設がその様態及び時間、その際の入所者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するとともにご家族様にその旨を説明し同意を得ます。

6. 利用対象者

居宅サービス : 介護保険にて要介護１～５と認定された方
(要支援の方は、要支援１～２と認定された方、事業対象者)

7. 通常の事業実施地域

加古川市、高砂市

8. 職務及びサービス内容

①管理者（１名）

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して業務を統括し、運営管理に万全を期する。

②生活相談員（１名以上）

生活に関する相談及び助言

③看護職員（１名以上）

(1) 医師の指示に従い必要な医療措置を講ずること

(2) 利用者の保健衛生・日常生活に関すること

④介護職員（６名以上）

(イ) 入浴及び食事の提供 (ロ) 日常生活上の世話

⑤機能訓練指導員（１名以上）

機能訓練及び日常動作訓練

⑥管理栄養士(１名以上)

利用者の低栄養状態リスクを把握し、栄養アセスメントを行い、栄養ケア計画を作成する

上記の職員は下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

勤務時間帯 ８：３０ ～ １７：００

(夜間窓口 ヴィラ播磨 電話番号０７９－４５３－２１００)

9. 苦情・相談等申出窓口

- ①施設は、その提供した指定短期入所生活介護に関する利用者からの苦情に迅速かつ適正に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する。
- ②施設は、その提供した指定通所介護に関し、保険者が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め、又は保険者の職員からの質問及び照会に応じ利用者からの苦情に関して、保険者が行う調査に協力するとともに、保険者から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。
- ③施設は、その提供した指定通所介護に関する、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに国民健康保険団体連合会からの指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談お申下さい。

受付窓口（担当者）

氏名
職名
電話番号 079-453-2100

苦情解決責任者

氏名 徳賀 茂雄
職名 管理者

第三者委員

氏名 笠木 トミエ
連絡先 090-1003-2688
氏名 平岡 泰子
連絡先 090-7781-1247

受付時間 毎週月曜日 ～ 金曜日
8時30分 ～ 17 時

第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

【公的機関窓口】

○加古川市役所 介護保険課

所在地：〒675-8501 加古川市加古川町北在家 2000
電話番号：079-427-9123

○兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

所在地：神戸市中央区三宮町1丁目9番地
電話番号：078-332-5617
受付時間：土曜、日曜、祝日及び12/29～1/3を除く9時～17時

第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1	あり	実施日	年	月	日	
			評価機関名称				
			結果の開示	1	あり	2	なし
	2	なし					

10. 利用料

- 要介護度に応じて定められた支給限度額の範囲内で利用できます。
- 介護保険の適用を受けるサービス（自己負担額は原則として1割～3割です。）
- 介護保険の適用を受けないサービス及びその他の費用（全額自己負担）
- 介護保険の適用を受けない部分について変更する場合は、事前に文書にて連絡致します。
- 原則6時間以上～7時間未満のご利用の場合。

要支援

要支援1・事業対象者

通所型サービス費(独自) (通所型サービス21) (通所型サービス11)	(月4回までは436単位/回) (月5回以上は1798単位/月)
サービス提供体制強化加算(I)	88単位/月
生活機能向上グループ活動加算	100単位/月
生活機能向上連携加算(I)(3月に1回を限度) (個別機能訓練加算を算定する場合は算定しない)	100単位/月
生活機能向上連携加算(II) (個別機能訓練加算を算定の場合)	200単位/月 100単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	20単位/回(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	5単位/回(6月に1回を限度)
栄養アセスメント加算	50単位/月
栄養改善加算	200単位/回 (原則3月以内・月2回を限度)
口腔機能向上加算(I)	150単位/回 (原則3月以内・月1回を限度)
口腔機能向上加算(II)	160単位/回 (原則3月以内・月2回を限度)
一体的サービス提供加算	480単位/月
科学的介護推進体制加算	40単位/月
介護職員等処遇改善加算(I)	9.2%(総単位数に乗じる)

要支援２・事業対象者

通所型サービス費(独自) (通所型サービス２２) (通所型サービス１２)	(月８回までは４４７単位／回) (月９回以上は３６２１単位／月)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	１７６単位／月
生活機能向上グループ活動加算	１００単位／月
生活機能向上連携加算(Ⅰ)(３月に１回を限度) (個別機能訓練加算を算定する場合は算定しない)	１００単位／月
生活機能向上連携加算(Ⅱ) (個別機能訓練加算を算定の場合)	２００単位／月 １００単位／月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	２０単位／回(６月に１回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	５単位／回(６月に１回を限度)
栄養アセスメント加算	５０単位／月
栄養改善加算	２００単位／回 (原則３月以内・月２回を限度)
口腔機能向上加算(Ⅰ)	１５０単位／回 (原則３月以内・月１回を限度)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	１６０単位／回 (原則３月以内・月２回を限度)
一体的サービス提供加算	４８０単位／月
科学的介護推進体制加算	４０単位／月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	９.２%(総単位数に乗じる)

要介護

要介護 1	5 8 4 単位／日
要介護 2	6 8 9 単位／日
要介護 3	7 9 6 単位／日
要介護 4	9 0 1 単位／日
要介護 5	1 0 0 8 単位／日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	2 2 単位／回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1 8 単位／回
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)イ	1 2 単位／回
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)ロ	6 単位／回
入浴介助加算 (Ⅰ)	4 0 単位／日
入浴介助加算 (Ⅱ)	5 5 単位／日
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	5 6 単位／日
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	7 6 単位／日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	2 0 単位／月
生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (3月に1回を限度) (個別機能訓練加算を算定する場合は算定しない)	1 0 0 単位／月
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) (個別機能訓練加算を算定の場合)	2 0 0 単位／月 1 0 0 単位／月
ADL維持等加算(Ⅰ)	3 0 単位／月
ADL維持等加算(Ⅱ)	6 0 単位／月
栄養アセスメント加算	5 0 単位／月
栄養改善加算	2 0 0 単位／回 (原則3月以内・月2回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	2 0 単位／回(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5 単位／回(6月に1回を限度)
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	1 5 0 単位／回 (原則3月以内・月2回を限度)
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	1 6 0 単位／回 (原則3月以内・月2回を限度)
認知症加算	6 0 単位／日
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3 単位／日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4 単位／日
若年性認知症利用者受入加算	6 0 単位／日
生活相談員配置等加算	1 3 単位／日
中重度者ケア体制加算	4 5 単位／日
一体的サービス提供加算	4 8 0 単位／月
科学的介護推進体制加算	4 0 単位／月
送迎未実施減算	△ 4 7 単位／片道
同一建物送迎減算	△ 9 4 単位／日
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	9.2%(総単位数に乗じる)

※ 地域区分・・・7級地《10. 14》

○食費として、1食600円をいただきます。

○オムツ等費用・・・オムツ、リハビリパンツ 100円/枚
パット 50円/枚

○通常の事業実施地域外の交通費については、実施地域以外より1kmあたり 30円
(通常実施地域・・・加古川市、高砂市)

○レクリエーション費用については、参加される方に実費負担をいただきます。

1 1、事故発生時の対応

ヴィラ播磨は、事故の発生又はその再発を防止する為、次の各号に定められた措置を講じるものとする。

- ① 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の為の指針を整備する。
- ② 利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は速やかに保険者、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じる。
- ③ 利用者に対する指定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う。
- ④ 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備する。
- ⑤ 事故発生の防止の為の委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことが出来るものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行う。
- ⑥ 前5号に掲げる措置を適切に実施する為の担当者の設置。

（別紙参照）

1 2、高齢者虐待の防止

- ①管理者は、虐待発生の防止に向け、本条各号に定める事項を実施するものとする。
また管理者は、これらの措置を適切に実施するための専任担当者とする。
- ②ヴィラ播磨では、虐待防止委員会を設ける。その責任者は管理者とする。
- ③虐待防止委員会は、職員への懸守の内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談・報告体制、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討等を行う。なお、本委員会は場合により他の委員会と一体的に行うほか、TV 会議システムを用いて実施する。
- ④職員は、年2回以上、虐待発生の防止に向けた研修を受講する。
- ⑤虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者が速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力する。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待防止委員会にて協議し、その内容について、職員に周知するとともに、市町村等関係者に報告を行い再発防止に努める。

1 3、緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。（別紙参照）

1 4、電磁的記録について

- ①書面での説明・同意を行うものについて、従来の利用者等の署名・捺印は当時魚書が電磁的記録等を代替的手段として明示し利用者様等の同意を得た場合、署名・捺印を省略する。
- ②サービス担当者会議は、感染防止や多職種連携促進等の観点からテレビ電話装置等を活用して行う場合があります。但し活用にあたっては、利用者等の同意を得て、個人情報等の適切な取り扱いに留意して行います。

15、非常災害対策

- ① 非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。
- ② 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共に、必要な訓練を実施する。またその対策や訓練には可能な限り地域住民の参加が得られるよう連携に努めることとする。
- ③ 感染症や災害発生時においても業務継続が出来るよう計画等を策定し、それに基づいた研修や訓練を年2回以上実施する。

16、(衛生管理等)

- ①施設は、利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医療品及び医療用具の管理を適正に行う。
- ②施設は、当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - (1) 施設における感染症の予防及びまん延の防止の為の対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことが出来るものとする。)を概ね3ヵ月に1回以上開催すると共に、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
 - (2) 施設における感染症の予防及びまん延の防止の為の指針を整備する。
 - (3) 施設において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止の為の研修及び訓練を定期的に実施する。
 - (4) 前3号に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行う。

17、業務継続計画の策定等

- ①施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供を継続的に実施する為の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- ②施設は、従業員に対し、業務継続計画について周知すると共に、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。
- ③施設は、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うものとする。

18、法令との関係

この規程に定めのないことについては、厚生省令並びに介護保険法の法令に定めるところによる。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 氏名 ）から
上記サービス内容と重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

（利用者）

住 所

氏 名

印

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住 所

氏 名

印

署名代行の理由

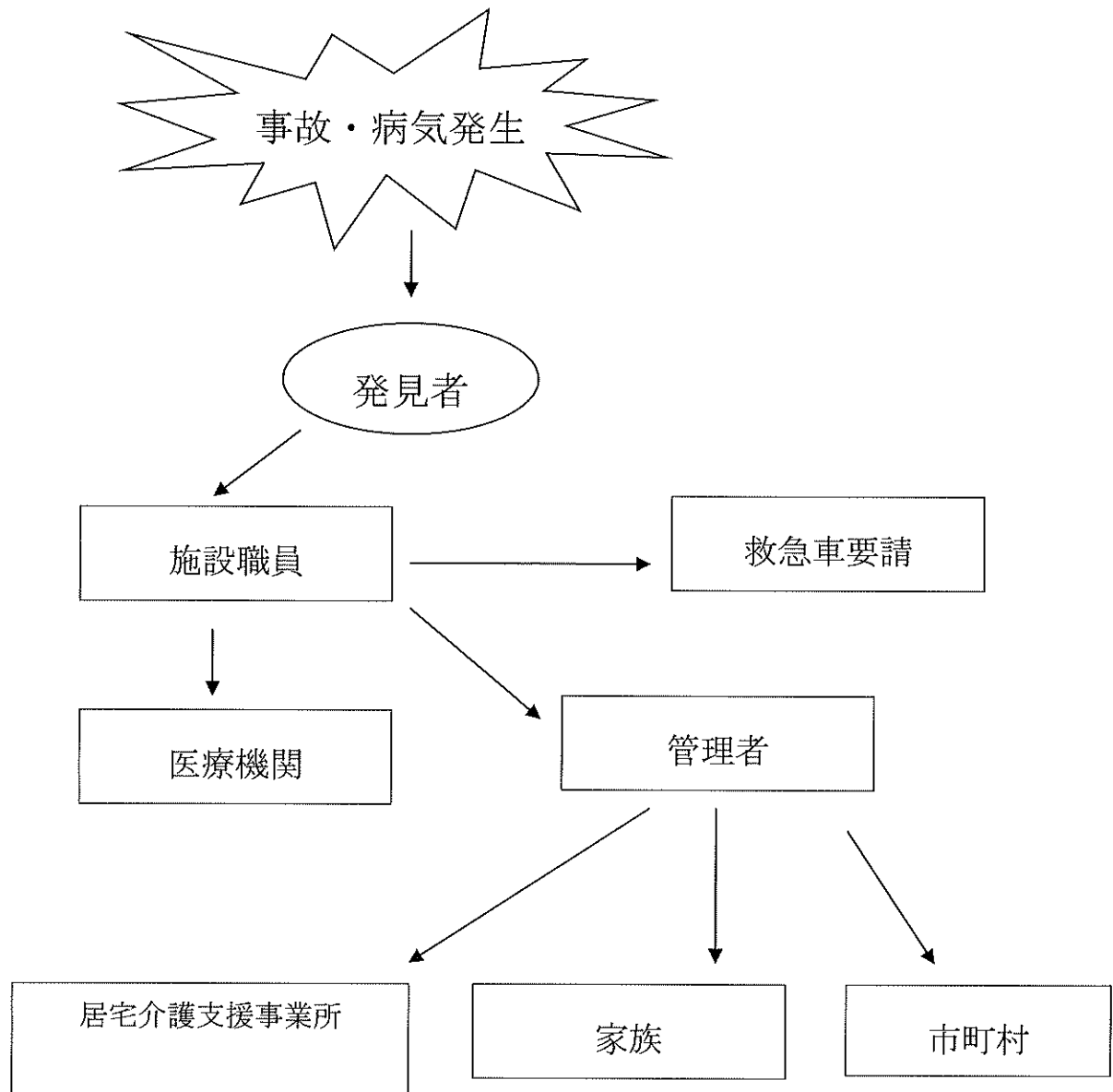
（利用者の家族等）

住 所

氏 名

印

事故発生時の対応



同意書

私、（ヴィラ播磨デイサービスセンター）との介護保険法に基づく施設サービス利用契約書第13条に規定する秘密保持に関し、（ヴィラ播磨デイサービスセンター）又は他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なものとなるよう、契約の有効期間中に限り、（ヴィラ播磨デイサービスセンター）従業者が私の個人情報（私の家族の情報）をサービス担当者会議等において用いることに同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 兵庫福祉会
理事長 武久 敬洋 殿

（利用者）住所：_____

氏名：_____ 印

（ご家族様）住所：_____

氏名：_____ 印