

重要事項説明書（第1号通所事業）

第1号通所事業の提供開始にあたり、当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

会社名	有限会社 C・S・G
会社所在地	松江市鹿島町上講武 894 番地 1
代表者名	代表取締役 上山繁広
連絡先	電話 0852-82-3355
設立年月日	平成 16 年 2 月 3 日

2. 利用施設

施設の名称	鹿島デイサービスセンター「こぢょっこらと」
施設の種別	第1号通所事業（現行の通所介護相当サービス）
施設の所在地	松江市鹿島町上講武 894 番地 1
管理者	上山拓志
連絡先	電話 0852-82-3355
営業日	月曜～土曜、祝日
営業時間	午前 8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	午前 9時20分から午後4時25分
休日	12月31日から1月3日
実施地域	秋鹿・古江・生馬・法吉・城北・川津・持田・島根・鹿島
事業者番号	3270101680
利用定員	35名

3. 利用事業所の職員体制

職 種	常 勤	非常勤	職 務 内 容
1. 管理者	1名		管理者は事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。
2. 生活相談員	5名	3名	生活相談、各種社会資源の情報提供等。
3. 看護職員	2名	1名	健康管理、健康相談等。
4. 介護職員	5名	6名	身体介護、レクリエーション等。
5. 機能訓練指導員	2名	1名	リハビリ評価、リハビリプログラムの立案、実行等。

4. 介護予防通所介護の目的と運営方針

1) 目的

鹿島デイサービスセンター「こぢょっこらと」（以下「事業所」という。）の生活相談員及び看護職員、介護職員、機能訓練指導員（以下「従業者」という。）が事業対象者（以下「契約者」という。）に対し、適切な第1号通所事業（現行の通所介護相当サービス）を提供することを目的とします。

2) 運営の方針

- (1) 事業所の従業者は、契約者が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が営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行なうことにより、契約者の心身機能の維持回復を図り、契約者の生活機能の維持向上を図るものとします。
- (2) 第1号通所事業（現行の通所介護相当サービス）の提供にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
- (3) 提供する第1号通所事業（現行の通所介護相当サービス）の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

5. 提供するサービス

1) 日常生活支援に関すること

契約者の日常生活動作の程度により、必要な支援サービスを行います。
移動、移乗介助、排泄介助等。

2) 入浴

(1) 原則として、以下の値を基礎にして利用者様ご本人の全身状態を踏まえ、入浴等の可否を判断・決定します。

①上の血圧が160mmHg以上の場合

②下の血圧が100mmHg以上の場合

③体温37.5℃以上の場合

* 早坂信哉2016「訪問入浴に関連する事故・体調不良の発生とそのリスク要因について（症例対照研究）」

一般社団法人日本健康開発財団をベースに当施設は入浴等を実施しております

(2) 入浴、シャワー浴が困難な場合、清拭で対応します。

(3) 入浴・シャワー浴等が利用者様の全身状態への過度な負担や状態の悪化・生命のリスクを招くと考えられる場合、清潔ケアを中止します。

(4) 認知機能低下や認知症の程度・有無にかかわらず、利用者様の拒否が強い場合は、原則としてご本人の意思を尊重し安全も考慮し入浴を中止します。

(5) 利用者様の全身状態が上記(1)に当たる。または、状態の悪化・生命のリスクを招くと考えられる場合であっても「利用者さま」もしくは「ご家族さま」が“強く入浴等をご希望される場合”は、同意書（別紙）のご記入・ご同意を頂戴します。

3) 食事

委託先の栄養士の立てる献立表により、栄養ならびに契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

4) アクティビティサービスに関すること

レクリエーション、趣味活動等の各種サービスを行います。

5) 送迎

契約者の居宅と事業所との間の送迎を行います。しかし事業所の現員では対応が難しい場合などは本人又は家族等に送迎をしてもらうことがあります。

6) 相談、助言に関すること

契約者及び家族の日常生活における支援等に関する相談及び助言を行います。

7) 機能訓練

日常生活上必要な機能訓練を行います。

(1) 原則、以下を基礎にして利用者様ご本人の全身状態を踏まえ運動等の可否を判断・決定します。

①安静時の脈拍：40／分以下または120／分以上

②安静時の上の血圧70mmHg以下または200mmHg以上、
下の血圧120mmHg以上または40mmHg以下

③心臓・呼吸等に関する病気の既往があり、以下の症状がある場合

・明らかな脈の乱れがある場合（徐脈・頻脈含）

・胸の痛み、動悸、冷や汗、息切れ、咳の出現・悪化、呼吸困難、吐き気、
身体の怠さ、足の浮腫みの悪化などがある場合

④退院後初の利用または心疾患の既往が無くても、上記③の症状がある場合

⑤乾いた咳・息苦しさ・強いだるさ・高熱など強い症状のいずれかがある場合

⑥心臓の病気、肺の病気、糖尿病等があり、発熱や咳などの比較的軽い風邪症
状がある場合。または、上記以外の方でも同様の症状が続いている場合

⑦安静時体温が37.5℃以上

⑧SpO₂（動脈血酸素飽和度）が90%以下

*原則の値であり、基礎疾患・状態等を踏まえて判断します

⑨意識・覚醒の明らかな低下や消失がある場合

⑩医師の指示や制限に該当する場合

⑪本人の強い拒否や希望がある場合

*当施設は、前田真治（2007）「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン」
第44回日本リハビリテーション医学会 学術集会発表、資料をベースに運動等を実施しています

(2) 以下の場合、運動を途中で中止します。

①心臓・呼吸等の病気の既往があり、上記（1）－③の症状が現れた場合

②退院後初の利用または心疾患の既往が無くても、上記（1）－③の症状が出現した場合

③意識・反応の低下が現れた場合

④本人の強い拒否や希望がある場合

(3) 以下の場合、それらの状態に注意して運動等の中止します。

①血尿がみられる（パット・リハビリパンツの中、おしっこのバッグや管の中）

②最近、痰の量が増えたり、体重増加や足の浮腫みが悪化してきている場合

③明らかに食欲が無いまたは明らかな空腹の時（特に糖尿病の方）

④在宅酸素療法中（FiO₂、指示流量、酸素ボンベ等管理など）

(4) 運動が、利用者様ご本人の心身への過度な負担や状態の悪化・生命のリスクに繋がると考えられる場合は、運動を中止します。

(5) 認知機能低下や認知症の程度・有無にかかわらず、利用者様の拒否が強い場合は、原則としてご本人の意思を尊重し安全も考慮し運動を中止します。

(6) 利用者様の全身状態が上記(1)等に当たる。または、状態の悪化・生命のリスクを招くと考えられる場合であっても「利用者さま」もしくは「ご家族さま」が“強く運動等をご希望される場合”は、同意書(別紙)のご記入・ご同意を頂戴します。

6. 利用の中止、変更、追加

- 1) 利用予定日の前に、契約者の都合により、第1号通所事業(現行の通所介護相当サービス)の利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。
- 2) 利用日当日に緊急やむを得ない事由が発生し、利用の中止を希望する場合は、当日8時30分までにご連絡ください。
- 3) サービス利用日の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

7. 利用料その他の費用の額

- 1) 介護保険給付対象となる以下のサービス利用料は、各市町村の定める介護報酬の告示上の額(原則として介護保険給付対象でかかった費用は受給割合証の割合による)です。

「現行の介護予防通所介護単価に加え、要支援2に週1回利用の単価を加える」

・週1回：1ヶ月につき	1672単位(従前型)	1577単位(緩和型)
・週2回：1ヶ月につき	3428単位(従前型)	3233単位(緩和型)
① 栄養改善加算		150単位(月)
② 口腔機能向上加算		150単位(月)
③ 運動器機能向上加算		225単位(月)
④ 選択的サービス複数実施加算(I)		480単位(月)
⑤ 選択的サービス複数実施加算(II)		700単位(月)
⑥ 生活機能向上グループ活動加算		100単位(月)
⑦ 生活機能向上連携加算I		100単位(月)
⑧ 生活機能向上連携加算II		200単位(月)
⑨ 業所評価加算		120単位(月)
⑩ 独自加算	週1回 130単位 週2回 260単位	
⑪ サービス提供体制強化加算I		
週1回	イ：72単位	ロ：48単位(月)
週2回	イ：144単位	ロ：96(月)
⑫ サービス提供体制強化加算III		
週1回		24単位(月)
週2回		48単位(月)
⑬ 年性認知症利用者受入加算		240単位(月)

⑭ 介護職員処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

ひと月あたりの総単位数×サービス別加算率で計算した単位

※通所介護のサービス別加算率＝5.9%（Ⅰ） 4.3%（Ⅱ） 2.3%（Ⅲ）
0.9%（Ⅳ） 0.8%（Ⅴ）

※ひと月あたりの総単位数＝基本サービス費に各種加算減算を加えたもの

※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には含まれない。

⑮ 介護職員等特定処遇改善加算

各事業所の介護報酬（現行の処遇改善加算分を除く）×特定加算の加算率

※通所介護の加算率＝1.2%（Ⅰ） 1.0%（Ⅱ）

⑯ 介護職員等ベースアップ等支援加算 ひと月あたりの総単位数×サービス別加算率で計算した単位

※通所介護のサービス別加算率＝1.1%

⑰ 栄養スクリーニング加算 5単位

2) 介護保険給付対象外となる以下のサービス利用料は別紙料金表のとおりです。あらかじめ契約者又はその家族に説明し、同意を得て提供します。

- ①食費
- ②日用品費
- ③趣味活動費

3) キャンセル料

お客様の利用を中止される場合は、利用前日の午前中までにご連絡頂きますようお願い致します。前日の午後（12時以降）よりキャンセル料（基本食事料：650円）を頂きます。

4) 今後の社会情勢により項目7の1, 2, 3に示す料金、内容の変更をすることがあります。

8. 利用料金のお支払い方法

利用料金は、1か月ごとに計算し、サービス提供月の翌月にご請求しますので、請求月の20日までに、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 事業者が発行する納入通知書により指定金融機関へ納入する方法

イ. 金融機関口座からの自動引き落としの方法（口座振替）

利用できる金融機関：合銀、JA、漁信連、郵便局

（注）イの方法は、手続きに約1ヶ月程度の期間が必要です。

9. 荒天時の第1号通所事業（現行の通所介護相当サービス）

災害警報等が発令され公共交通機関が運休した場合は、契約者及び従業者の生命の安全を最優先するため、次のとおり送迎業務休止等の措置を講じる場合があります。なお、施設内の通常業務は実施し、家族送迎等でのサービス利用は可能です。

- 1) サービス開始前に上記条件を満たした場合は、送迎業務を休止する場合があります。
- 2) サービス提供中に上記条件を満たす恐れがあると事業所が判断した場合は、サービス提供時間を短縮し送迎を行うことがあります。
- 3) サービス提供中に上記条件が解除した場合は、通常の送迎業務を再開します。

10. 緊急時の対応

第1号通所事業（現行の通所介護相当サービス）提供中に契約者の病状の急変、その他緊急事態等が発生したときは、BLS（一次救命処置；専門的な器具や薬品などを使う必要がない心肺蘇生）の実施、救急搬送または主治医への連絡など適切に対処します。

*当施設にAEDは常設しておりません。

11. 事故発生時の対応

- 1) 第1号通所事業（現行の通所介護相当サービス）の提供において事故が発生した場合は、速やかに契約者の家族、居宅介護支援事業所、関係行政機関等へ連絡し、必要な措置を講じます。賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。
- 2) 事故発生の原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

12. 非常災害対策

非常災害その他緊急の事態に備え、取るべき措置についてあらかじめ対策を立て、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

13. 衛生管理

施設及び設備の衛生管理に努め、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置を講じます。

14. 秘密保持

従業者等は、その業務上知り得た契約者又はその家族の秘密を保持し、従業者でなくなった後においても同様とします。

15. 苦情の受付及び処理について

1) 当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○鹿島デイサービスセンター「こぢよこらと」

苦情受付責任者	管理者 上山拓志
苦情受付担当者	生活相談員 稲森毅
電話番号	0852 (82) 3355
FAX番号	0852 (82) 3356
受付時間	月曜日から土曜日 午前8時30分～午後5時00分

○松江市役所

苦情受付窓口	健康福祉部介護保険課
電話番号	0852 (55) 5933
受付時間	月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時00分

○島根県国民健康保険団体連合会（国保連）

所在地	松江市学園南二丁目12番5号
電話番号	0852 (21) 2811
受付時間	月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時00分

- 2) 契約者から苦情申し立てがあった場合、すみやかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無、改善の方法について契約者に報告します。
- 3) 事業者は契約者から苦情申し立てがあつたとしても、契約者に対しいかなる不利益、差別的取り扱いはいたしません。
- 4) 事業者は第三者評価を実施していません。

16. 記録

第1号通所事業（現行の通所介護相当サービス）の提供に関する記録を整備し、完結の日から2年間保存します。

以上、第 1 号通所事業（現行の通所介護相当サービス）の提供の開始に際し、本書面に
に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(事業者) 所在地 松江市鹿島町上講武 8 9 4 番地 1
名 称 鹿島デイサービスセンター「こちょっころと」
説明者： _____ 印

本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防通所介護の利用に
同意します。

(利用者) 住所 松江市 _____
氏 名 _____ 印

(代理人) 住所 松江市 _____
氏 名 _____ 印

「こちょっころと」公式ライン QR コード

