

重 要 事 項 説 明 書

当事業所はご利用者に対して通所介護のサービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1 事業者

事業者の名称	株式会社 いずみ
法人所在地	瀬戸市石田町156番地
法人種別	株式会社
代表者氏名	田中 誠司
電話番号	0561-87-2200

2 事業所

事業所の名称	いずみデイサービスセンター
事業所の所在地	瀬戸市石田町156番地
事業所長名	田中 誠司
電話番号	0561-87-2200
ファクシミリ番号	0561-87-2422

3 ご利用事業所で実施する事業

事業の種類	愛知県知事の事業者指定		利用定数
	指定年月日	指定番号	
通所介護	平成12年10月31日	愛知県 2372300489	1単位 34名

4 いずみデイサービスセンター運営規程

(事業の目的)

第1条 いずみデイサービスセンター（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員（以下「生活相談員等」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条

- 1 指定通所介護の提供にあつたては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身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。
- 2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保険・医療・福祉サービス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 事業所の概要

いずみデイサービスセンター

敷	地	360.99㎡
	構造	鉄筋造4階建の1階部分
建物	床面積	360.99㎡
	利用定員	34名

【設備】

設備の種類	数	面積	一人あたりの面積
食堂・機能訓練室	1F 1室	165.05㎡	4.34㎡
静養室	1F 1室	14.6㎡	
一般浴室・脱衣室	1室	72.0㎡	
厨房	1F 1室	15.64㎡	
相談室	1室		
健常者用便所	1F 2箇所		
身障者用便所	1F 3箇所		

6 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	保有資格
管理者	1名	
生活相談員	常勤換算1名	介護福祉士
介護職員	常勤換算4名以上	介護福祉士 ヘルパー2級
看護職員	1名	正准看護師
機能訓練指導員	常勤換算1名	正准看護師

7 職員の勤務体制

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

8 営業日および営業時間

営 業 日	営 業 時 間
月曜～土曜 （５月３日から５月５日・ １２月２９日から１月３日までを除く）	午前８時３０分～午後５時３０分 （サービス提供時間は 午前９時１５分～午後４時３０分）

9 サービスの概要

（１）介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	・栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を計画的に提供します。
入 浴	・利用者の状態に応じて、一般浴により、入浴サービスを提供します。
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立について適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方にたいしては、適切な回数の交換を行います。
着替え 整容等	・入浴の際など着替えの援助が必要な場合は、適切に援助を行います。 ・入浴後には、適切な整容が行われるよう援助を行います。
機能訓練	・機能訓練指導員（有資格：看護師・准看護師）による利用者の状況に適合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。 ・また、生活リハビリの観点から、各種レクリエーションを通じて身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	・血圧、体温の計測を行い、看護職員が健康状態をチェックします。 ・サービス提供中に事故等が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡するとともに病院への搬送、救急車の手配等を行います。
相談及び 援助	・利用者およびそのご家族からの相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。 （相談窓口）井上 早織、大嶽 泰代
送迎（通常の事業 の実施地域内）	・ご希望により送迎いたします。 （瀬戸市・尾張旭市・長久手市）

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容
送迎（通常の事業の実施地域外の送迎）	・送迎可能と判断した場合は、送迎サービスをご利用いただけます。
食事の提供	・提供する昼食は、材料費実費を頂きます。
おむつの提供	・おむつ使用の方は、各自ご準備をお願いします。

10 利用料

(1) 法定給付サービス

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	厚生労働省告示に基づいて算定した通所介護にかかる介護報酬により算定する額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額（各種加算がある場合は、加算後の額）
法定代理受領でない場合	厚生労働省告示に基づいて算定した通所介護にかかる介護報酬額（各種加算がある場合は、加算後の額）

<通所介護>

サービス内容略称	算定項目		算定単位
通所介護Ⅰ41	6時間以上 7時間未満	要介護1 584単位	1回につき
通所介護Ⅰ42		要介護2 689単位	
通所介護Ⅰ43		要介護3 796単位	
通所介護Ⅰ44		要介護4 901単位	
通所介護Ⅰ45		要介護5 1008単位	
通所介護Ⅰ51	7時間以上 8時間未満	要介護1 658単位	1回につき
通所介護Ⅰ52		要介護2 777単位	
通所介護Ⅰ53		要介護3 900単位	
通所介護Ⅰ54		要介護4 1023単位	
通所介護Ⅰ55		要介護5 1148単位	
通所介護入浴介助加算Ⅰ	入浴を行った場合 40単位加算		1日につき
通所介護入浴介助加算Ⅱ	入浴を行った場合 55単位加算		1日につき
通所介護同一建物減算	同一建物から利用する場合 94単位減算		1日につき
通所介護送迎減算	47単位減算		片道につき
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ	22単位加算		1回につき

通所介護個別機能訓練加算Ⅰ 1	56 単位加算	1 日につき
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ 2	76 単位加算	1 日につき
通所介護個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位加算	1 月につき
通所介護口腔機能向上加算Ⅰ	月に 2 回まで 150 単位加算	1 回につき
通所介護科学的介護推進体制加算	40 単位加算	1 月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅱ 1	所定単位数の 109/1000 加算	1 月につき

※ 上記各単位に地域区分（10.27）を乗じた額となります。

※ 高齢者虐待防止措置に実施の場合は、所定単位数より 1/100 減算となります。

※ 業務継続計画未策定の場合（令和7年4月1日より適用）、所定単位数より 1/100 減算となります。

（2）法定給付外サービス

区 分	利 用 料
送迎サービス (通常の事業の実施地外)	・ 通常の事業の実施地域を越えた地点から、 1 キロメートルあたり 50 円徴収する。
食事材料の提供	・ 1 食 850 円
おむつの提供	・ 各自ご準備いただいたものを使用させていただきます。 ・ 当事業所でも用意しておりますが、後日、利用枚数分をお持ちください。
バスタオル等 レンタル代	・ バスタオル、フェイスタオル セットで 1 回 50 円

1 1 キャンセル料

当日利用をキャンセルした場合	・ 食材費相当額 850 円を申し受けます。
----------------	------------------------

1 2 利用料

・ 現金支払 ・ 銀行振込（手数料はご利用者様負担となります。） ・ 口座引落

1 3 苦情等申立先

当事業所ご利用相談室	窓口担当者	井上 早織
	ご利用時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法	電話 0561-87-2200 または対面 ご意見箱（玄関ホールに設置）

外部の相談窓口	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 052-971-4165
	瀬戸市役所 健康福祉部高齢者福祉課 介護認定給付係 電話 0561-88-2620
	尾張旭市役所 健康福祉部長寿課 介護保険係 電話 0561-53-2111
	長久手市役所 福祉部長寿課 介護保険係 電話 0561-56-0613

1 4 緊急時の対応方法

ご利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医に連絡します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送などの必要な措置をとります。また、事故発生時にはご利用者のご家族、市町村に対して連絡を行うなどの必要な措置を行い、賠償すべき事故が発生したときには、速やかに損害賠償を行います。
--

1 5 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「いずみデイサービスセンター消防計画」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等	別途定める「いずみデイサービスセンター消防計画」にのっとり年2回、避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知機	あり	防火扉	3箇所
	誘導灯	11箇所	非常通報装置	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
消防計画等	消防署への届出日：平成25年11月1日			

1 6 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

外出	・一旦事業所に来所いただいた場合、ご相談なく、単独で外出されるのはご遠慮ください。 ・徘徊癖のある方の場合、事前に事業所にその旨をお知らせください。
所持品の管理	・ご自分のものは原則として、ご自分で管理願います。 ・ご自分で管理できない方の場合、その旨を事業所にお知らせいただくとともに、必ず所持品にお名前を記載してください。
事業所内共用設備の使用	・多くの利用者の共用されるものですので、きれいに利用するよう心掛けてください。 ・不注意な使用のより破損等が生じた場合は、損害を賠償していただく場合もあります。
宗教あるいは政治活動	・事業所内での宗教活動あるいは政治活動は、絶対にご遠慮ください。ご利用を見合わせていただくこともあります。
伝染性疾患等の情報提供	・利用者が他に感染の恐れのある病気に罹患した場合には、速やかにその旨を事業所までご連絡ください。

1 7 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を年2回定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年1回定期的に実施する。
- (4) 上記(1)から(3)までを適切に実施するための担当者を置く。

高齢者虐待防止責任者

井上 早織

18 身体的拘束等の適正化のための措置に関する事項

事業者は、ご契約者様又は他の利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととし、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 身体的拘束等適正化の対策を検討する委員会を年2回定期的に開催し、その結果について従業者への周知徹底を図ります。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年1回定期的に実施します。
- (4) 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならないこととし、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することを義務付けます。

19 衛生管理等

- (1) 介護看護職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 指定通所介護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

20 業務継続計画の策定等について

- (1) 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。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 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います。

21 第三者評価

第三者評価の実施の有無	無
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

【通所介護】のサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【 説 明 者 】

いずみデイサービスセンター

職名

氏名

㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護の提供開始に同意しました。

【 利 用 者 】

住所 〒 ー

氏名 _____ ㊞

【署名代行者】（続柄： ）

私は、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

住所 〒 ー

氏名 _____ ㊞