

デイサービスセンターあおいの里・柏 重要事項説明書 (通所介護事業、介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業)

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 葵新生会
主たる事務所の所在地	広島県東広島市八本松町原 1 1 1 7 1 番地の 1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	新谷 正子
設立年月日	昭和50年8月27日
電話番号	(082) 429-0350
ホームページアドレス	http://www.aoikai.jp/

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービスセンターあおいの里・柏
指定番号	介護保険事業所番号 1 2 7 2 2 0 5 4 4 2
所在地	柏市大井 9 8 8 番地 1
開設年月日	平成 2 7 年 1 0 月 1 日
電話番号	04-7190-4001
FAX番号	04-7190-4002
管理者の氏名	杉浦 陽平
サービス提供地域	柏市
実施している その他の事業	指定介護老人福祉施設：介護保険事業所番号 1 2 7 2 2 0 5 3 3 5 短期入所生活介護事業所：介護保険事業所番号 1 2 7 2 2 0 5 3 4 3 居宅介護支援事業所：介護保険事業所番号 1 2 7 2 2 0 5 0 8 7

3. ご利用事業所の設備概要

建物の構造	鉄骨造陸屋根・合金メッキ鋼板 2 階建
延べ床面積	384.99㎡
利用定員	3 0 名
設備	デイルーム 機能訓練室 相談室 浴室 脱衣室 静養室

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	この事業は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態区分と認定された利用者が、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を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話およ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および精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
運営の方針	- 施設は、利用者の処遇に関する計画に基づいて、利用者が可能な限り居宅における生活を営むことを念頭において、利用者の要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、状態に応じて、適切な機能訓練及び日常生活を営むことができるよう必要な援助を行います。 - 施設は、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。 - 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域、家庭の結びつきを重視した運営を行い市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療福祉サービス、または関係機関との密接な連携に努めるものとします。 - 利用者が伸びやかに生活できる環境づくり、開かれた施設として地域の人たちに施設を開放します。

5. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の 従業者の職種	員数	勤務の体制
生 活 相 談 員	1 名以上	常勤 1 名以上 専従 1 名 兼務 1 名 日勤（午前8時30分～午後5時30分） 1 名以上
看 護 職 員	1 名以上	常勤専従 1 名 非常勤兼務 1 名 日勤（午前8時30分～午後5時30分） 1 名以上
介 護 職 員	1 名以上	常勤 5 名（内 1 名、生活相談員兼務） 日勤（午前8時30分～午後5時30分）
機 能 訓 練 指 導 員	1 名以上	常勤専従1名 非常勤兼務 1 名 日勤（午前8時30分～午後5時30分） 1 名以上

6. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日・祝祭日（年末年始休業 12/31～1/3）
営業時間	月曜日～土曜日・祝祭日 午前9時25分～午後4時40分

ただし各利用者の心身の状況、希望等を踏まえたサービス提供時間とする。

7. 提供するサービス内容

送	迎	…	行き帰りの送迎は、時間帯を調整しながら安全に実施いたします。 （車いす対応可能）	
健 康 チ ェ ッ ク		…	朝のバイタルチェックと適時の様子観察にて、体調の不調をいち早く察知いたします。	
入	浴	…	健康や障害に配慮しながら、安全で快適な入浴の援助をいたします。	
食	事	…	健康状態や疾病に合わせた食事を提供し、必要に合わせて食事摂取の援助を行います。	
日 常 動 作 訓 練		…	全体体操、手芸などの指先の運動などから、個別の訓練まで個々のニーズに合わせた日常動作訓練を致します。	
レクリエーション		…	楽しみながら運動していただけるレクリエーションを提供いたします。	
排	泄	…	心身の状況に合わせた個別の排泄援助を行います。	
認 知 症 へ 対 応		…	認知症の利用者が安心して利用できるよう個別に対応いたします。	
相 談 ・ 生 活 指 導		…	利用者のニーズに合わせて、個々の不安等の相談から在宅生活維持のための生活指導などを実施いたします。	
そ	の	他	…	必要に応じて適時相談に対応致します。 尚、原則同性での介護を心掛けておりますが、場面に応じ、異性での介護を提供することをご了承下さい。

8. 利用料

(1) 介護保険の適用を受けるサービス（介護給付分の自己負担割合に応じた金額）

①通所介護事業 利用料金表

○基本利用料金(介護保険適用自己負担額：円)

通所介護費 1回分 (7 時間以上 8 時間未満)	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
	676	798	925	1,051	1,179

○別途加算(介護保険適用自己負担額：円)

※実施又は算定要件を満たした料金が加算されます。加算は追加・変更される場合があります。

入浴介助加算(Ⅰ)(通常こちらを算定)	入浴介助を行った場合(関わる職員に対し研修等を行う)	1 日	41
入浴介助加算(Ⅱ)	個別入浴計画作成し居宅に近い環境で入浴介助を行った場合	1 日	57
中重度者ケア体制加算	要介護3以上の利用者30%	1 日	47
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	機能訓練を実施した場合(機能訓練指導員を1名以上配置)	1 日	58
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ (通常こちらを算定)	機能訓練を実施した場合(イの配置に加え、合計で2名以上配置)	1 日	78

個別機能訓練加算(Ⅱ)	LIFEへの情報提供及びフィードバック情報を活用した場合	1月	21
ADL維持等加算(Ⅰ)	ADL維持等加算Ⅰの算定要件を満たした場合	1月	31
ADL維持等加算(Ⅱ)	ADL維持等加算Ⅱの算定要件を満たした場合		62
認知症加算	認知症加算の算定要件を満たした場合	1日	62
若年性認知症受入加算	若年性認知症利用者の特性やニーズに応じてサービスを提供した場合		62
			62
栄養アセスメント加算	栄養アセスメント加算の算定要件を満たした場合	1月	52
栄養改善加算	栄養改善加算の算定要件を満たした場合(月に2回を限度)	月2回	206
口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能向上加算Ⅰの算定要件を満たした場合(月に2回を限度)	月2回	154
口腔機能向上加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算Ⅱの算定要件を満たした場合(月に2回を限度)		165
科学的介護推進体制加算	LIFEへの情報提供及びフィードバック情報を活用した場合	1月	41
送迎減算	送迎を行わない場合	片道	-49
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	算定要件を満たし通所介護を行った場合 (算定できる年度と、算定できない年度があります。)	1日	23
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)			19
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)			7
感染症災害3%加算	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、基本利用料金の3%	1月	※介護職員等処遇改善加算は利用内容により加算額が変動します。
高齢者虐待防止措置未実施減算	基準に適合していない場合、所定単位数の-1/100を減算	1月	
業務継続計画未実施減算	基準に適合していない場合、所定単位数の-1/100を減算		
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	上記通所介護費と別途加算の総合計単位数の11.1%	1月	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	上記通所介護費と別途加算の総合計単位数の12.0%		
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	上記通所介護費と別途加算の総合計単位数の10.9%		
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	上記通所介護費と別途加算の総合計単位数の11.8%		
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	上記通所介護費と別途加算の総合計単位数の9.9%		
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	上記通所介護費と別途加算の総合計単位数の8.3%		

※介護保険適用自己負担額は柏市地域区分単価・1割負担(負担割合)で計算されています。

※介護保険負担割合証で「1～3割」の負担割合をご確認ください。

※1回単位に利用回数を計算しますと、端数の関係で合計金額が多少異なります。

②介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業 利用料金表

○基本利用料金(介護保険適用自己負担額：円)

通所型サービス費(1週当たりの回数を定める場合)	要支援1(週1回程度)	要支援2(週2回程度)
1月につき	1,847	3,719

○別途加算(介護保険適用自己負担額：円)

※実施又は算定要件を満たした料金が加算されます。加算は追加・変更される場合があります。

生活機能向上グループ活動加算	生活機能向上を目的とした活動をグループで行った場合	1月	103
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者の特性やニーズに応じてサービスを提供した場合	1月	247
栄養アセスメント加算	栄養アセスメント加算の算定要件を満たした場合	1月	52
栄養改善加算	栄養改善加算の算定要件を満たした場合	1月	206
口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能向上加算Ⅰの算定要件を満たした場合	1月	154
口腔機能向上加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算Ⅱの算定要件を満たした場合		165
一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施した場合	1月	493
科学的介護推進体制加算	LIFEへの情報提供及びフィードバック情報を活用した場合	1月	41
送迎減算	送迎を行わない場合	片道	-49

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	算定要件を満たし通所型サービスを行った場合 (算定できる年度と算定できない年度があります)	要支援1の場合	1月	91
		要支援2の場合		181
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		要支援1の場合		74
		要支援2の場合		148
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		要支援1の場合		25
		要支援2の場合		50
高齢者虐待防止措置未実施減算	基準に適合していない場合、所定単位数の-1/100を減算	1月		
業務継続計画未実施減算	基準に適合していない場合、所定単位数の-1/100を減算			
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	上記通所型サービス費と別途加算の総合計単位数の11.1%	1月		
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	上記通所型サービス費と別途加算の総合計単位数の12.0%			
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	上記通所型サービス費と別途加算の総合計単位数の10.9%			
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	上記通所型サービス費と別途加算の総合計単位数の11.8%			
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	上記通所型サービス費と別途加算の総合計単位数の9.9%			
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	上記通所型サービス費と別途加算の総合計単位数の8.3%			
※介護職員等処遇改善加算は利用内容により加算額が変動します。				

※介護保険適用自己負担額は柏市地域区分単価・1割負担(負担割合)で計算されています。

※介護保険負担割合証で「1～3割」の負担割合をご確認ください。

※1回単位に利用回数を計算しますと、端数の関係で合計金額が多少異なります。

(2) 介護保険の適用を受けないサービス (全額自己負担)

①介護保険の区分支給限度基準額を超えるサービス利用料は利用者の全額自己負担となります。

(3) その他費用 (全額自己負担)

自己負担利用料 1回分	食事代
(介護保険適用外:円)	880

* 食事代とは、食材料費、おやつ、飲み物、行事食を含みます。

- * 紙パンツやパッド代は利用料金の中には含まれておりませんので、ご家庭でお使いになられているものをお持ち下さい。持参分が不足し施設でご用意した場合は1枚100円です。
- * 交通費について。事業実施区域外は1kmにつき20円です。
- * 複写物の交付は1枚につき10円です。
- * 写真代は1枚につき20円です。
- * その他、通所中に生じた費用は別途ご相談の上、ご請求致します。

(4) キャンセル料

前々日までのキャンセル	: 無料
前日までのキャンセル	: 自己負担額の 50%
当日のキャンセル	: 自己負担額の 100%

(5) 支払方法

利用料金・費用については1カ月ごとに計算し請求いたしますので、翌月30日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア. 下記指定口座への自動引落支払い

イ. 下記指定口座への振り込み

千葉銀行 柏支店 普通預金口座 4090475

シャカイフク シホウジンアオインセイカイ リジチョウ シンタニ マサコ
社会福祉法人葵新生会 理事長 新谷 正子

9. 苦情申立窓口

ご利用者 ご相談窓口	窓口責任者 生活相談員	
	ご利用時間 午前8時30分～午後17時30分	
	ご利用方法 電話受付 04-7190-4001	
	面接場所 デイサービスセンターあおいの里・柏	
	相談室若しくはご利用者自宅	
	書面受付 苦情箱 あおいの里・柏（受付カウンター設置）	
柏市 介護保険担当課	所在地	柏市柏五丁目10番1号
	電話番号	(代表) 04-7167-1111
千葉県国民健康 保険団体連合会	所在地	千葉市稲毛区天台6丁目4番3号
	電話番号	(介護保険課 苦情処理) 043-254-7428

10. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急時の連絡先申告書に従い緊急連絡先に連絡いたします。

医療機関の名称	千葉・柏たなか病院
院長名	谷山 新次
所在地	柏市若柴110番地
電話番号	04-7131-4131

11. 個人情報の使用の目的と範囲

利用者ならびに利用者ご家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することとします。

【使用する目的】

- ①利用開始・終了時における資料ならびに連絡調整。
- ②利用者の通所介護計画の立案、円滑にサービスを提供するための各種のサービス提供会議。
- ③医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体その他社会福祉団体等の連絡調整。
- ④その他、サービス提供で必要な場合。
- ⑤上記に関わらず、緊急を要する場合の連絡。
- ⑥広報紙・施設外の行事などによる、写真・個人名の掲示。

【使用する範囲】

当事業所職員、協力病院、担当介護支援専門員、サービス事業所職員、その他ご利用者様が円滑に生活をするため必要な関係者。

【使用する期間】

デイサービスセンターあおいの里・柏 契約書の有効期間に準ずる。

【条 件】

個人情報は必要最小限とし、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。
個人情報を使用した会議、相手方、内容の経過を記録いたします。

12. 損害賠償保険への加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。
賠償責任保険（身体・財物）

13. 損害賠償で賠償額の軽減とされる範囲

『デイサービスセンターあおいの里・柏』では、事業所内の日常生活において無理のない範囲でご利用者様に身の回りのことを行なっていただくことによって、生活の質を高めるよう努めています。また、事業所内ではご利用者様の人権を保護するために、抑制や拘束帯の使用はしていません。

事業所内では出来るだけ、ご利用者様に合わせた生活が送れるように手すり等を整備し、専門の職員による状況の把握、訓練内容の立案などを行っています。また、ご利用者様がご自身で行動される時には出来る限り、看護・介護職員などで見守りをおこなっています。

しかし、歩行中のつまずきなど、不意にバランスを崩し転倒する可能性も考えられます。ご利用者様が偶発的に転倒した場合には、速やかにご家族様にご連絡いたします。また、骨折などにより、検査や治療が必要だと認められた場合には専門医療機関で診察が受けられるよう、出来る限り対応をさせていただきます。

私どもは事業所内の事故に細心の注意を払っていますが、転倒などの偶発的な事故は防ぎきれないことと、必ずしも責任を負えないこともある事をご承知いただきますよう、お願い申し上げます。

1 4. 虐待防止のための措置

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていきます。

②虐待の防止のための指針を整備しています。

③従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。

④虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

(2) 事業者は、サービス提供中に、当該従事者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、市町村に通報します。

1 5. 業務継続に向けた取り組み

(1) 事業者は、感染症や非常災害が発生した場合にあっても、利用者に対する指定通所介護等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（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します。

(2) 事業者は、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実施するものとします。

(3) 事業者は、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します。

1 6. 衛生管理等

利用者の使用する施設、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るとともに、衛生上必要な措置を講ずるものとします。

1 7. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業者は、感染症の予防及びまん延防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会の開催をおおむね3月に1回以上するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図っていきます。

(2) 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) 従業者に対する感染症の予防及びまん延防止のための研修を定期的実施していきます。

(4) 感染症の予防及びまん延防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

1 8. 身体的拘束等の原則禁止

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緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、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します。

1 9. 第三者評価の実施の有無

実施なし

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、☐甲 1 に
☐甲 2

対して契約書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明致しました。

(乙) 事業者

主たる事務所所在地	柏市大井 9 8 8 番地 1
名 称	デイサービスセンターあおいの里・柏
説明者	職 種 生活相談員

氏 名 ㊞

(甲) 私は、契約書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

(甲 1) 利用者 住 所 _____

氏 名 ㊞ _____

(甲 2) 署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____

(続 柄) _____