

社会福祉法人秀心会 デイサービスたか音の杜

通所介護・介護予防通所型サービス 重要事項説明書

1. 事業者について

事業者名称	社会福祉法人秀心会
代表者氏名	理事長 越澤 靖久
本社所在地 (連絡先)	千葉県船橋市高根台2丁目10番30号 047-468-8808

2. 事業所について

(1) 概要

事業所名称	デイサービスたか音の杜
介護保険事業所番号	1270906272
事業所所在地	千葉県船橋市高根台2-10-30
連絡先	047-468-8807
管理者	山本 一郎
サービスを提供する対象区域	船橋市・習志野市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日(日曜・年末年始は除く)
受付時間	8時00分から17時00分

(3) サービス提供時間

	通常サービス提供時間
月～土	9:00～16:15
休業日	日曜・年末年始

(4) 設備

定員	29名	静養室	1室(ベッド3台)
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	1室
浴室	個別浴槽 一般浴槽	送迎車	5台

※上記設備は介護予防通所型サービスと共用になります。

(5) 職員体制 (令和 4年 10月 1日現在)

職種	職務内容	人員数
管理者	管理者は、事業者の管理および業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定通所介護（介護予防通所型サービス）の業務に当てるものとする。	1名（常勤）
生活相談員	生活相談員又は看護職員又は介護職員または機能訓練指導員は通所介護（介護予防通所型サービス）の提供にあたるものとする。	1名以上
看護職員 介護職員		看護師1名以上 介護職員4名以上
機能訓練指導員		1名以上
事務職員	必要な事務を行う。	1名（常勤）

(6) 事業の目的および運営方針

事業の目的	<p>社会福祉法人秀心会が開設する指定通所及び介護予防通所型サービスの事業（以下、「事業」という。）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、機能訓練士及び介護職員等の従業者（以下、「従業者」という。）が要介護状態又は要支援状態にある高齢者（以下、「利用者」という。）に対し適正な通所介護及び介護予防通所型サービスを提供することを目的とする。</p>
運営方針	<p>(1) 指定通所介護の提供にあたっては、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出来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、利用者の社会的独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。</p> <p>(2) 介護予防通所型サービスの提供にあたっては、事業所の生活相談員は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の支援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回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を目指すものとする。</p> <p>事業の実施にあたっては、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健・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。</p>

3. サービス提供の流れ

(1) 通所介護計画・介護予防通所型サービス計画書

各ご利用者の担当ケアマネージャーによる居宅サービス計画書に基づいて「通所介護計画書・介護予防通所型サービス計画書」を作成し、ご利用者に同意をいただきます。

(2) サービスの提供

通所介護計画書・介護予防通所型サービス計画書に基づき、以下のサービスを提供いたします。

- ① 送迎
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 機能訓練
- ⑤ レクリエーション・趣味活動
- ⑥ 生活相談

(3) サービスの記録

サービス終了時に利用者に提供したサービス内容を記録します。ご利用者・ご家族には連絡帳等で提供サービスの内容・1日のご様子をご確認いただけます。

4. ご利用にあたっての留意事項

(1) サービス利用について

- ①ご利用者が風邪等体調不良の際は、無理なご利用はお控えください。特に感染症（肝炎・インフルエンザ・新型コロナウイルス・その他）の罹患等、他のご利用者・従業者等の健康に影響を与える可能性が高い状態となられた場合は、速やかに事業者へ申告していただいた上、治癒されるまでご利用はお断りいたします。
- ②ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。看護師の判断で医療機関の受診等をお勧めする場合があります。ご協力ください。
- ③入浴室をご利用の際は、必ず職員立会いのもとでお願いいたします。また、ご利用時の体調を看護師が判断し、入浴は見合わせる場合があります。

(2) 施設利用について

- ①施設内の設備・器具は本来の用途に従ってご利用ください。適切でないご利用により破損等が生じた場合には、賠償していただく場合があります。
- ②当施設は全館禁煙です。
- ③高額な金銭、貴重品のお持込はご遠慮下さい。万が一紛失等が発生した場合でも、当施設では責任を負いかねます。
- ④施設内での他のご利用者に対する宗教・政治等の勧誘活動、金品の授受等は禁止いたします。

5. 料金

(1) 利用料金

介護保険の給付サービスをご利用される場合は、原則として利用料金の1割又は2割又は3割をご負担いただきます。負担割合はご利用者ごとに異なります。

ご利用者ごとの区分支給限度額を超えてサービスをご利用された場合は、超えた分が全額自己負担となります。

【通所介護サービス費用】

1単位 = 10,54円

	通所介護費（通常規模型） 7時間以上8時間未満
要介護1	658単位/日
要介護2	777単位/日
要介護3	900単位/日
要介護4	1,023単位/日
要介護5	1,148単位/日

【通所介護サービスの加算】

加算内容	単位数
入浴介助加算 ※1	40単位/回
口腔機能向上加算 ※1	150単位/回
個別機能訓練加算Ⅰ ※1	56単位/回
中重度者ケア体制加算 ※要介護者対象	45単位/回
サービス提供体制加算Ⅱ ※2	18単位/回
① 処遇改善加算Ⅰ (9.2%) (※2)	月ごとの基本サービス費に各種加算減算を加えたご利用の総単位数に、サービス別加算率を乗じた単位数

※1…実施した場合に料金が発生します。

※2…全てのご利用者が対象になります。

【介護予防通所型サービス】

	介護予防通所型サービス費
要支援 1	1, 798 単位/月
要支援 2	3, 621 単位/月

【介護予防通所型サービスの加算】

加算内容		
生活機能向上グループ活動加算	(※1)	100 単位/月
運動器機能向上加算	(※1)	225 単位/月
栄養改善加算	(※1)	200 単位/月
選択的サービス複数実施加算 I	(※1)	480 単位/月
選択的サービス複数実施加算 II	(※1)	700 単位/月
若年性認知症利用者受入加算	(※1)	240 単位/月
サービス提供体制強化加算 II 要支援 1	(※2)	72 単位/月
サービス提供体制強化加算 II 要支援 2	(※2)	144 単位/月
事業所評価加算	(※2)	120 単位/月
① 処遇改善加算 I (9.2%) (※2)		月ごとの基本サービス費に各種加算減算を加えたご利用の総単位数に、サービス別加算率を乗じた単位数

※1…実施した場合に料金が発生します。

※2…全てのご利用者が対象になります。

(2) その他実費

内容	自己負担額
昼食費 (おやつ代含)	600 円/回
午後の半日利用のおやつ代	80 円/回
教養娯楽費	クラブ活動・行事等における材料費は実費

日用品（おむつ代）	テープパンツ 120円／1枚あたり リハビリパンツ 150円／1枚あたり 尿とりパット（大） 80円／1枚あたり 尿とりパット（小） 40円／1枚あたり
-----------	---

（3）キャンセル料

ご利用者のご都合でサービスをキャンセルされる場合、下記のキャンセル料をいただきます。ただしご利用者の急な体調変化等、特段の事情による場合には、この限りではありません。

ご利用日の当日午前8時00分までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の当日の場合	昼食費600円

キャンセルが必要となった場合は、お早目に以下の連絡先までご連絡ください。

<連絡先>

デイサービス たか音の杜 047-468-8807

（4）交通費

通常の事業の対象区域を超えて送迎を行った場合の交通費として、1kmにつき30円をいただきます。

（5）支払い方法

毎月月末締めとし、翌月20日までに当月分の料金を請求いたしますので、月末までにお支払いください。お支払い方法は以下3通りのいずれかです。

- ① 口座振替
- ② 指定口座へのお振込み
- ③ 事務窓口への現金支払い

（6）利用料金の変更

- ①事業者は、ご利用者に対して、介護報酬の基準の改定等により利用料金の変更（増額または減額）を申し入れることができます。
- ②ご利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金を記載した文書を作成し、お互いに取り交わします。
- ③ご利用者は①の料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し文書で通知すること

により、この契約を終了することができます。

6. 契約

(1) 契約の開始と期間

この契約の期間は、契約開始日から、ご利用者の要支援・要介護認定の有効期限満了日までとします。ただし、契約期間満了日以前に利用者が要支援・要介護状態の変更認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。

契約期間満了の1週間前までにご利用者から事業者に対して申し立てのない限り自動更新されるものとします。

(2) 契約の終了等

①ご利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

②事業者の都合でサービスを終了する場合

人員確保の困難等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了(以下の場合には双方の通知がなくても自動的にサービス終了します)

○ご利用者が介護保険施設等に入所した場合。

○ご利用者が亡くなられた場合。

④その他

○事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業者が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

○ご利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、またご利用者やご家族などが事業者や事業者の従業員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、事業者により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

7. 身元引受人について

- (1) 事業者は利用者の行為能力が低下、または喪失した場合に身元引受人を求めます。
- (2) 身元引受人は以下の責務を負うこととします。
 - ① サービスの利用申し込み・契約の代行代理にかかわること
 - ② 介護方針を決定する場合の窓口になること
 - ③ 事業者との連絡調整の窓口になること
 - ④ サービス利用に関する必要な援助

8. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等に努めます。
- (2) 高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めます。
- (3) 国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待防止のための啓発活動および虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めます。
- (4) 高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村または市町村から委託を受けた地域包括センター等に報告・相談します。
- (5) 事業者は、高齢者虐待のため、スタッフに研修を実施します。

9. 秘密保持

- (1) 事業者はサービスを提供する上で知り得たご利用者およびご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この義務は契約が終了した後も同様です。
- (2) 事業者はサービス提供に係わる必要な業務を外部へ委託するために個人情報を預託する場合は、必要な契約を締結するとともに、預託する情報を必要最小限に留め、個人情報の厳格な管理・監督を行います。
- (3) 事業者は、ご利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等においてご利用者の個人情報を用いません。
- (4) 事業者は、ご利用者のご家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において当該ご家族の個人情報を用いません。

10. 緊急時・事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に関わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- (2) サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者等へ連絡します。

11. 相談苦情の窓口

<p>【事業者の窓口】</p>	<p>所在地 千葉県船橋市高根台 2-10-30 電話番号 047-468-8807 F A X 番号 047-468-8802 受付時間 月～土 (年末年始、日曜日は休み)</p>
<p>【市長村の窓口】 船橋市役所 指導監査課</p>	<p>所在地 船橋市湊町 2-8-11 電話番号 047-436-2424 受付時間 月～土 9:00～17:00 (年末年始、土、日曜日及び国民の祝祭日は休み)</p>
<p>【公的団体の窓口】 千葉県国民健康保険 団体連合会</p>	<p>所在地 千葉市中央区天台 6-4-3 電話番号 043-254-7428 受付時間 月～金 9:00～17:00 (年末年始、土、日曜日及び国民の祝祭日は休み)</p>

※苦情があった場合、早急に事実を確認し、必要に応じた対応を行います。

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

通所介護・介護予防通所型介護サービスの提供にあたり、この説明書に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人秀心会 デイサービスたか音の杜
管理者 山本 一郎

<説明者>

氏名 _____

職名 _____

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、同意しました。
<利用者>

氏名 _____

住所 _____

<身元引受人>

氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____