

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業

重要事項説明書

デイサービス井泉

エフビー介護サービス株式会社

第1号通所事業（通所介護相当サービス）重要事項説明書

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 048-565-2910 (受付時間：月曜日～金曜日 9 時～17 時)
担 当 管理者 五十幡 由紀子

1. 概要

(1) 事業所の名称、所在地等

| | |
|------------|-----------------------------------|
| 事業所名 | デイサービス井泉 |
| 所在地 | 埼玉県羽生市藤井上組 97 番地 2 |
| 介護保険事業所番号 | 1193900113 (指定年月日：2018 年 4 月 1 日) |
| 通常の事業の実施地域 | 羽生市 |

(2) 同事業所の職員体制

| 従業員の職種 | 従業員数 | 業務内容 |
|--------------|-------|------------------------------------|
| 管理者（生活相談員兼務） | 1 名 | 事業所の従業者及び業務の管理 |
| 生活相談員 | 2 名以上 | 事業所の利用申し込みに関わる調整・相談・援助・通所介護計画書の作成等 |
| 機能訓練指導員 | 1 名以上 | 利用者の心身状態の維持・向上のための訓練指導、助言等 |
| 看護職員 介護職員 | 1 名以上 | 利用者心身状況の把握、健康管理等 |
| | 2 名以上 | 利用者の心身状況の把握、事業所での日常介護等 |

(3) 同事業所の設備の概要

| | |
|----------|--------------------------|
| 食堂兼機能訓練室 | 1 室 1 1 7 m ² |
| 浴室 | 一般浴槽 |
| 静養室 | 3 室 3 床 |
| 相談室 | 1 室 |
| 送迎車 | 4 台 |

(4) 利用定員・営業日

| | |
|----------|-------------------------------|
| 利用定員 | 18 名 |
| 営業日 | 月曜日～土曜日（ただし年始を除く） |
| 営業時間 | 8 時 30 分～17 時 30 分 |
| サービス提供時間 | 8 時 30 分～17 時 30 分（時間延長もあります） |

2. サービス内容

(1) 送迎

- ① 原則として、玄関の中までお迎え、お送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、利用者様、ご家族と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。

- ② 送迎時間につきましては、交通事情等で10分以上遅れる場合がございます。その際は事業所より電話連絡いたします。
- ③ 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので、長時間待機することはできません。利用者様、ご家族のご協力をお願いします。
- ④ 乗車中は、安全の為、全席シートベルトの着用をお願いしております。
- (2) 食事 (但し、食材料費及び調理費は別途いただきます。)
- 栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体状況を考慮した食事を提供します。
- (3) 入浴
- 身体状況に応じた浴槽で入浴していただけます。当日の体調によりシャワー浴または清拭となる場合があります。
- (4) 排泄
- 利用者様の排泄の介助を行います。
- (5) 機能訓練
- ① 利用者様の身体状況等に応じた運動や趣味活動、季節に合わせた行事など、利用者様の希望を取り入れたレクリエーション活動・訓練を行います。
- ② 個別機能訓練を実施する場合は、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画書を作成し、それに基づき日常生活を営むのに必要な機能の低下を防ぐためのサービスを提供します。
- (6) 健康管理
- ご利用日には必ず健康チェック（血圧・体温・脈拍の測定等）を行います。
- (7) 生活相談
- ご家庭での介護のことはもちろん、それ以外の日常生活に関するご相談にも随時応じます。

3. 料金

(1) 利用料金

①通所型サービス介護利用料（第1号通所事業（通所型サービス）対象者の方）

利用料は給付費の1割で、下記の通りです。但し、負担割合証に応じて2割または3割の場合もあります。

支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

基本料金は加算料金を除き、月単位の定額制です。月の途中で、居住地の変更に伴い事業所の変更があったり、介護認定の状態区分が要支援状態から要介護状態に変更されたりしますと、日単位の料金となります。

(基本料金)

| | | |
|---------|-----------|------------|
| 通所型サービス | 1,847 円／月 | (週1回程度の利用) |
| (入浴を含む) | 3,719 円／月 | (週2回程度の利用) |

(加算料金) ご利用状況に応じて加算があります。

| 内容 | 自己負担 (1割) |
|-------------------|-----------|
| 生活機能向上グループ活動加算 | 103 円／月 |
| 一体的サービス提供加算 | 493 円／月 |
| 栄養改善加算 | 206 円／月 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(I) | 21 円／回 |

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 6 円／回 |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 154 円／月 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 165 円／月 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 103 円／月 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 206 円／月 |
| 事業所評価加算 | 124 円／月 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 247 円／月 |
| 栄養アセスメント加算 | 52 円／月 |
| 科学的介護推進体制加算 | 41 円／月 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 週 1 回程度 (91 円／月) 週 2 回程度 (181 円／月) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 週 1 回程度 (74 円／月) 週 2 回程度 (148 円／月) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 週 1 回程度 (25 円／月) 週 2 回程度 (50 円／月) |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) | 所定単位数に 9.2%を乗じた金額 |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) | 所定単位数に 9.0%を乗じた金額 |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ) | 所定単位数に 8.0%を乗じた金額 |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ) | 所定単位数に 6.4%を乗じた金額 |

※入浴の料金は基本料金に含まれます。

②昼食代 1 食あたり 昼食代 600 円 おやつ代 50 円

③その他

おむつ代・レクリエーションにかかる費用などは自己負担となります。

④キャンセル料

月単位の定額制のためキャンセル料はありませんが、中止が決まりましたらお早めにご連絡ください。

(2) 支払方法

毎月、15 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、原則口座引き落としとします。現金集金をご希望の方はご相談下さい。

4. 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 法人の運営方針

事業者は、利用者の心身の特性を踏まえ、関係する市町村、地域の保健・医療・福祉サービス等と密接な連携を図りながら、利用者の要介護状態となることの予防のため、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用のために

- ① 送迎時間につきましては、あらかじめ利用者様の方と相談し連絡いたします。行事等を実施する時は、通常の送迎時間と異なる場合がありますのでご注意ください。
- ② ケアプラン等に基づいた時間でのご利用となりますが、変更を希望される方は、ご相談ください。

③ 長期入院等により利用を中止された場合、再利用時に曜日の変更等がある場合があります。

④ 従業員に月 1 回研修を実施しています。

5. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、適切な処置を行うとともに、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

| | | |
|-----|-------|--|
| 主治医 | 主治医氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

6. 事故発生時の対応方法について

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご家族、ご利用者がお住いの市町村等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。万一の事故に備え損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとしします。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | | |
|------|------------------|----------------------|
| 保険会社 | あいおいニッセイ同和損保 | |
| 保険名称 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 | |
| 保険内容 | 対人賠償 | 5,000 万 |
| | 対物賠償 | 500 万 |
| | 管理財物 | 100 万 |
| | 使用不能 | 3,000 万 |
| | 人格権侵害 | 500 万 |
| | 見舞金 | 0.3 万～5 万（治療・入院等による） |
| | 事故対応費用 | 500 万 |
| | 経済的損害 | 100 万 |
| | | |

7. 非常災害対策

- ・防災設備 消火器 3 本
- ・防災訓練 年 2 回以上実施
- ・防火責任者 防災担当職員

8. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所 利用者様相談・苦情担当

電 話 048-565-2910（受付時間：月曜日～金曜日 9 時～17 時）

担 当 管理者

(2) その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

羽生市役所 高齢福祉課 介護保険係 電話 048-561-1121

埼玉県国民健康保険団体連合会 電話 048-824-2568

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

| | |
|-------------|---------|
| 実施の有無 | 有 ・ (無) |
| 実施した直近の年月日 | 年 月 日 |
| 実施した評価機関の名称 | |
| 評価結果の開示状況 | 有 ・ (無) |

10. 当法人の概要

名称・法人種別 エフビー介護サービス株式会社
 代表者役職・氏名 代表取締役 柳澤 美穂
 本社所在地・電話番号 長野県佐久市長土呂 159 番地 2 0267-88-8188

11. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) ご利用当日、利用者様の体調確認のため、朝の体温・朝食量をご確認いただき、少しの変化でもお迎えに上がったスタッフへご連絡ください。また、ご本人様の体調によっては、当日ご利用をご遠慮いただく場合がありますのでご了承ください。
- (2) 事業所に到着後、利用者様より体調不良の訴えが聞かれた際には、可能な限り事業所でお過ごしいただけるよう支援いたしますが、改善が見られず看護師より病院受診等の判断があった際には、ご家族様・その他緊急連絡先の方へ速やかに連絡し、病院受診等の対応をご依頼する場合がありますのでご理解・ご協力をお願いいたします。
- (3) 送迎時ご家族様が不在となる場合には、事前にスタッフへご連絡ください。また、不在の際のご自宅施錠に関しては玄関の施錠のみとさせていただきます。なお、送迎後のご自宅での状態悪化やご自宅内での物の紛失等に関しましては、一切の責任を負いかねますのでご了承ください。

12. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|-------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 五十幡 由紀子 |
|-------------|-------------|

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を年2回以上実施します。
- ⑤ 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するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- ⑥ 虐待の防止のための指針を整備します。
- ⑦ ②～⑥に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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これを市町村に通報するものとします。

第一号通所事業（通所介護相当サービス）の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

| | | |
|------|--------|--------------------|
| 事業 者 | 法 人 | エフビー介護サービス株式会社 ㊞ |
| | 法人所在地 | 長野県佐久市長土呂 159 番地 2 |
| | 事業所名称 | デイサービス井泉 |
| | 事業所番号 | 1193900113 |
| | 事業所住所 | 埼玉県羽生市藤井上組 97 番地 2 |
| | 事業所管理者 | 五十幡 由紀子 |

私は、契約書及び本書面により事業所から第一号通所事業（通所介護相当サービス）についての重要事項の交付及び説明を受け、内容について承諾しました。

| | | |
|-------|-----|---|
| 利 用 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | ㊞ |

| | | |
|-------|-----|---|
| 代 理 人 | 住 所 | |
| | 氏 名 | ㊞ |

| | | |
|-------|-----|---|
| 連帯保証人 | 住 所 | |
| | 氏 名 | ㊞ |