

重要事項説明書

デイサービスゆいの杜

エフビー介護サービス株式会社

地域密着型通所介護 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 028-670-6411 (受付時間：月曜日～金曜日 9時～17時)
担 当 管理者 涌井 かおり

1. 概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	デイサービスゆいの杜
所在地	栃木県宇都宮市ゆいの杜 6 丁目 29 番 18 号
介護保険事業所番号	0970104634 (指定年月日：2016 年 4 月 1 日)
通常の事業の実施地域	宇都宮市

(2) 同事業所の職員体制

従業員の職種	資格	従業員数	業務内容
管理者	介護福祉士等	1 名	事業所の従業者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士等	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	看護師等	1 名以上	利用者の心身状態の維持・工場のための訓練指導、助言等
事務員		1 名	請求業務
看護職員	看護師 等	1 名以上	利用者心身状況の把握、健康管理等
介護職員	介護福祉士等	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 61.8 m ²
浴室	一般浴槽、機械浴槽
静養室	1 室 2 床
相談室	1 室
送迎車	5 台

(4) 利用定員・営業日

利用定員	18 名
営業日	月曜日～土曜日 (ただし年末年始を除く)
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 通所介護利用料（要介護 1～5 の方）利用料は負担割合証に応じた 1 割から 3 割負担となります。介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。介護保険制度では、要介護認定による介護度によって利用料が異なります。以下は 1 割負担の場合の料金表です。

(基本料金)

	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
要介護 1	4 1 6 円	4 3 6 円	6 5 7 円	6 7 8 円	7 5 3 円	7 8 3 円
要介護 2	4 7 8 円	5 0 1 円	7 7 6 円	8 0 1 円	8 9 0 円	9 2 5 円
要介護 3	5 4 0 円	5 6 6 円	8 9 6 円	9 2 5 円	1 0 3 2 円	1 0 7 2 円
要介護 4	6 0 0 円	6 2 9 円	1 0 1 3 円	1 0 4 9 円	1 1 7 2 円	1 2 2 0 円
要介護 5	6 6 3 円	6 9 5 円	1 1 3 4 円	1 1 7 2 円	1 3 1 2 円	1 3 6 5 円

(延長加算)

9 時間以上 10 時間未満	10 時間以上 11 時間未満	11 時間以上 12 時間未満	12 時間以上 13 時間未満	13 時間以上 14 時間未満
50 円	100 円	150 円	200 円	250 円

(加算料金) ご利用状況に応じて加算があります。

若年性認知症利用者受入加算	1 日あたり	62 円
入浴介助加算 (I) イ	1 日あたり	41 円

入浴介助加算（Ⅰ）ロ	1日あたり	88円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	1日あたり	58円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	1日あたり	78円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	1か月あたり（Ⅰ）に上乗せ	21円
中重度ケア体制加算	1日あたり	47円
認知症加算	1日あたり	62円
栄養改善加算	1日あたり（月2回まで）	206円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1日あたり（月2回まで）	154円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1日あたり（月2回まで）	165円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1日あたり（半年に1回）	21円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1日あたり（半年に1回）	6円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1か月あたり	103円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1か月あたり	206円
A D L維持等加算（Ⅰ）	1か月あたり	31円
A D L維持等加算（Ⅱ）	1か月あたり	62円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日あたり	23円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日あたり	19円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日あたり	7円
栄養アセスメント加算	1か月あたり	52円
科学的介護推進体制加算	1か月あたり	41円

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1か月あたり	所定単位に9.2%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	1か月あたり	所定単位に9.0%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	1か月あたり	所定単位に8.0%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	1か月あたり	所定単位に6.4%を乗じた単位数

② 昼食/おやつ代 1食あたり 昼食：750円（実費） 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。

※なお、通常の事業地域を越えて行なう送迎の費用として、1kmごとに105円の自己負担が掛かります。（送迎の範囲・・・宇都宮市）

④ キャンセル料

利用者様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をいただく場合があります。

ア. ご利用日の当日8時30分までにご連絡いただいた場合：無料

イ. ア以外の場合：500円

なお、ご利用者が入院等特別な状態になった場合は、当日のキャンセルであっても料金の請求はいたしません。

（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。

(3) 協力医療機関

斎藤内科	(住所) 宇都宮市清原台 1 丁目 9 番 17 号	(電話) 028-667-8833
------	----------------------------	-------------------

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	病院名・主治医	
	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 | 2 本 |
| ・防災訓練 | ・ ・ ・ ・ ・ | 年 1 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 028-670-6411 (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。

宇都宮市役所 高齢福祉課

電話 028-632-8989

栃木県国民健康保険団体連合会

電話 028-643-2220

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. 運営推進会議の設置

当事業所では、地域密着型通所介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言をうけるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞

構 成：ご利用者・利用者の家族・市の職員・地域包括支援センター職員
地域の区長 民生委員 等

開 催：概ね6月に1回以上開催

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

12. 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。

1 3. 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 涌井 かおり
-------------	------------

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。

地域密着型通所介護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	デイサービスゆいの杜
	事業所番号	0970104634
	事業所住所	栃木県宇都宮市ゆいの杜 6 丁目 29 番 18 号
	事業所管理者	涌井 かおり

私は、契約書及び本書面により事業所から地域密着型通所介護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	㊞