

第1号通所事業(通所型サービスA)

重要事項説明書

寄り合い処ふらっと柏崎

エフビー介護サービス株式会社

第1号通所事業（通所型サービスA）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

電話番号 0257-28-1820 （受付時間：月曜日～金曜日、9時～17時）
担当 管理者 小山 春花

1. 概要

(1) 法人の概要

名称 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
法人所在地 長野県佐久市長土呂159番地2
電話番号 0267-88-8188
設立年月日 1987年4月3日

(2) 事業所の概要

| | |
|------------|-----------------------------|
| 事業所名 | 寄り合い処ふらっと柏崎 |
| サービスの種類 | 第1号通所事業（通所型サービスA） |
| 所在地 | 新潟県柏崎市北半田二丁目2番27号 |
| 介護保険事業所番号 | 1570501245（指定年月日 2014年8月1日） |
| 通常の事業の実施地域 | 柏崎市 |
| 利用定員 | 2名 |
| 営業日 | 月曜日～土曜日（ただし年末年始を除く） |
| 営業時間 | 13時～17時 |
| サービス提供時間 | 14時～16時 |

(3) 事業所の職員体制

| 職種 | 職員数 |
|------|------|
| 管理者 | 1名 |
| 介護職員 | 1名以上 |

(4) 事業所の設備の概要

| | |
|----------|-----------|
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 52.72㎡ |
| 浴室 | 一般浴槽、特殊浴槽 |
| 静養室 | 1室1床 |
| 相談室 | 1室 |
| 送迎車 | 3台以上 |

2. 運営方針

事業者は、利用者様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、利用者様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。

3. サービスの内容

通所型サービスAは、事業者が設置する事業所に通っていただき生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認や利用者様に必要な日常生活上の介助、レクリエーションの提供等を行うことにより、利用者様の心身機能の維持並びにご家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

4. 料金

(1) 利用料金

自己負担額は負担割合証に応じた1割から3割負担となります。介護保険給付の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。以下は1割負担の場合の料金表です。基本料金は市町村が定める金額であり、改定された場合は、自己負担額も自動的に改定されます。その場合は、事前に新しい基本料金を書面でお知らせします。

① 基本料金

| 要支援度と利用回数 | | 基本利用料 | 自己負担額 (1割) |
|--------------------|---------------------------|------------------|------------|
| 要支援1 ・ 事業対象者 | 1週間に1回程度利用 (1か月4回まで) | 3,920円/回 | 392円/回 |
| 要支援1 | 1週間に2回程度利用 (1か月5回以上) | 16,180円/月 (※) | 1,618円/月 |
| 要支援2 ・ 事業対象者 | 1週間に2回程度利用 (1か月5～8回まで) | 4,020円/回 | 402円/回 |
| | 1週間に2回以上利用 (1か月9回以上) | 32,590円/月 (※) | 3,259円/月 |

(※) サービスの費用については、基本的に1回あたりの金額により算定します。1回あたりの金額により算定した1か月あたりの基本利用料の合計が、上記表※の金額を超えた場合でも1か月あたりの基本利用料は※の額となります。

② 加算

以下の要件を満たす場合、①の基本料金に加えて下記の料金が算定されます。

| 加算 種類 | 加算の要件 (概要) | 加算金額 | |
|--------------------|---|--------------|--------------|
| | | 基本 利用料 | 自己負担 (1割) |
| 生活機能向上 グループ活動加算 | 利用者様へ日常生活上の支援のための活動を行った場合 ※ 栄養改善加算、口腔機能向上加算との併算定不可 | 1,000円 /月 | 100円/月 |
| 若年性認知症 利用者受入加算 | 若年性認知症利用者へサービスを提供した場合 | 2,400円 /月 | 240円/月 |
| 栄養アセスメント加算 | 職員としてまたは外部との連携により管理栄養士を配置する場合 ※ 口腔・栄養スクリーニング加算(I)及び栄養改善加算との併算定不可 | 500円/月 | 50円/月 |
| 栄養改善加算 | 利用者様へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合 | 2,000円 /月 | 200円/月 |
| 口腔機能向上加算(I) | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護師をいずれか1名以上配置し、 | 1,500円 /月 | 150円/月 |

| | | | | |
|----------------------------|---|--------------|--------------|--------|
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 口腔機能向上に関する計画の作成評価や定期的な口腔機能の記録を行う場合 ※ 原則3か月以内、月2回を限度 | 1,500円 /月 | 150円/月 | |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | (Ⅰ)の要件に加え、計画等の情報を厚生労働省に提出し適切なサービスの実施のために必要な情報の活用を行った場合 | 1,600円 /月 | 160円/月 | |
| 一体的サービス提供加算 | 栄養改善加算、口腔機能向上加算をまとめて算定した場合 | 4,800円 /月 | 480円/月 | |
| サービス提供体制強化加算 ※ 限度額管理対象外 | (Ⅰ) | 要支援1・事業対象者 | 880円/月 | 88円/月 |
| | | 要支援2・事業対象者 | 1,760円 /月 | 176円/月 |
| | (Ⅱ) | 要支援1・事業対象者 | 720円/月 | 72円/月 |
| | | 要支援2・事業対象者 | 1,440円 /月 | 144円/月 |
| | (Ⅲ) | 要支援1・事業対象者 | 240円/月 | 24円/月 |
| | | 要支援2・事業対象者 | 480円/月 | 48円/月 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 理学療法士や医師等から助言を受けて個別機能訓練計画を作成した場合 | 1,000円 /月 | 100円/月 | |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者様宅を訪問して生活機能向上サービスを行う場合 | 2,000円 /月 | 200円/月 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 利用開始時及び利用中6か月ごとに利用者様の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い当該情報を担当する介護支援専門員に提供する場合 ※ 栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算との併用算定不可 ※ 6か月に1回を限度 | 200円/回 | 20円/回 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定し、口腔の健康状態または栄養状態の確認を行い、介護支援専門員に提供する場合 ※ (Ⅰ)が算定できない場合 ※ 6か月に1回を限度 | 50円/回 | 5円/回 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 利用者様ごとの状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出しサービスの提供にあたって上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する場合 | 400円/月 | 40円/月 | |

| | |
|-----------------|------------------|
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ | 所定単位に11.7%を乗じた金額 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ | 所定単位に12.7%を乗じた金額 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ | 所定単位に11.5%を乗じた金額 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ | 所定単位に12.5%を乗じた金額 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） | 所定単位に10.5%を乗じた金額 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） | 所定単位に 8.9%を乗じた金額 |

③ 減算

| 減算 種類 | 減算の要件（概要） | 減算金額 | | |
|----------------|---|-----------|--------------|--------|
| | | 基本 減算額 | 1割 | |
| 同一建物に対する 減算 | 事業所と同一建物に 居住する者または同 一建物から通う者に 対しサービスの提供 を行う場合 ※ 限度額管理対象外 | 要支援1 | 3,380円 ／日 | 338円/日 |
| | | 要支援2 | 6,770円 ／日 | 677円/日 |

(2) その他費用（実費）

- ① おやつ代 1食あたり50円
- ② おむつ代・レクリエーションにかかる費用
- ③ 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請求する場合があります。利用者様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は請求しません。

ア) ご利用日の当日8時15分までにご連絡いただいた場合 : 無料

イ) 上記以外の場合 : 500円

(3) 支払い方法

毎月、15日前後に前月分の請求をいたします。お支払い方法は、原則口座引き落としです。口座振替日は毎月27日とし、27日が金融機関の休業日にあたる場合は翌営業日とします。事業者は利用者様から料金の支払いを受けたときは、利用者様に対し領収書を発行します。

5. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) ケアプラン等に基づいた時間での利用となりますが変更を希望される方はご相談下さい。
- (2) 長期入院等により利用を中止された場合、再開時に曜日等を変更する場合があります。
- (3) 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職員へご連絡ください。また、ご本人様の体調によって、当日の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。
- (4) 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ただけの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。
- (5) 送迎時ご家族が不在となる場合には事前に職員へご連絡ください。また、不在の際のご自宅施錠に関しては玄関のみとさせていただきます。なお、送迎後のご自宅内の状態悪化や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下さい。
- (6) 職員に月1回研修を実施しています。

6. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者様の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、主治医、救急隊、ご親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

| | | |
|---------|-----|--|
| 主治医 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族・ご親族 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

7. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者様の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

柏崎総合医療センター 所在地 柏崎市北半田2丁目11番3号
電話番号 0257-23-2165

8. 事故発生時の対応方法について

- (1) サービスの提供中に事故が発生した場合は利用者様に対し、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、利用者様が所在する市町村等に連絡します。
- (2) 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。
- (3) 万一の事故に備え下記の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。

| | |
|------|---|
| 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 |

9. 非常災害対策

非常災害時には別途定める消防計画に則って対応します。防災訓練は利用者様と共に行います。

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

10. 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知り得た利用者様またはご家族の情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- (2) 事業者は、職員に業務上知り得た利用者様またはご家族の秘密を保持させるため、在職中及び離職後も、その秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

11. 虐待の防止について

(1) 事業者は、利用者様等の人権の擁護や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任します。

| | |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 小山 春花 |
|-------------|-----------|

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ます。

④ 職員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職員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。

(2) 事業者は、職員または養護者（利用者様のご家族等現に養護する者）から虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するとともに、虐待の早期発見のため行政が行う調査等に協力します。

12. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 事業所における苦情対応

担 当 管理者

電話番号 0257-28-1820 （受付時間：月曜日～金曜日、9時～17時）

(2) その他

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。

柏崎市介護高齢課

0257-43-9125

新潟県国民健康保険団体連合会

025-285-3022

13. 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 | |
| 実施した評価機関名称 | | |
| 評価結果の開示状況 | 有 | 無 |

この重要事項説明書の説明年月日

年 月 日

第1号通所事業（通所型サービスA）の提供開始にあたり、利用者様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 | 寄り合い処ふらっと柏崎 |
| | 事業所番号 | 1570501245 |
| | 事業所住所 | 新潟県柏崎市北半田二丁目2番27号 |
| | 電話番号 | 0257-28-1820 |
| | 事業所管理者 | 小山 春花 |

契約書及び本書面により事業所から第1号通所事業（通所型サービスA）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。

| | | |
|------|----|---|
| 利用者様 | 住所 | 〒 |
| | 電話 | |
| | 氏名 | ㊞ |

| | | |
|------|----|---|
| 代理人様 | 住所 | 〒 |
| | 電話 | |
| | 氏名 | ㊞ |

| | | |
|--------|----|---|
| 連帯保証人様 | 住所 | 〒 |
| | 電話 | |
| | 氏名 | ㊞ |