

ことぶき荘デイサービスセンター
通所介護・第1号通所介護事業重要事項説明書

令和 6年11月 1日 現在

当施設は介護保険の指定を受けています。
(福井県指定 第1870700067号)

当事業所は利用者に対して通所介護・第1号通所介護事業サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業所経営法人

- | | |
|-----------|---------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 東陽会 |
| (2) 法人所在地 | 福井県鯖江市大野町3-1 |
| (3) 電話番号 | 0778-51-7780 (9:00~18:00) |
| FAX | 0778-51-8760 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 齋藤 みどり |
| (5) 設立年月日 | 平成10年5月28日 |

2. ご利用事業所

- | | |
|-------------------|---|
| (1) 事業所の名称 | ことぶき荘デイサービスセンター
福井県 1870700067 号 |
| (2) サービスの種類 | 通所介護・第1号通所事業 |
| (3) 施設の所在地 | 福井県鯖江市大野町3-1 |
| (4) 電話番号 | 0778-51-7780 (9:00~18:00) |
| (5) 管理者 | 齋藤 みどり |
| (6) サービスを提供する対象地域 | 神明地区、新横江地区、中河地区、片上地区、北中山地区、河和田地区
(上記地区以外の方でもご希望の方はご相談下さい。) |
| (7) 設備の概要 | |
| 定員 | 35名 |
| 食堂兼機能訓練室 | 296.4㎡ |
| 浴室 | 一般浴槽、特殊浴槽 |

相談コーナー 1室 48.2㎡

送迎車 5台

(8) 営業時間

月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分

定休日 日曜日、年末年始（12／31～1／3）

(9) サービス提供時間

月曜日～土曜日 午前9時00分～午後4時30分

（上記以外の時間をご希望の場合はご相談下さい。）

休日 日曜日、年末年始（12／31～1／3）

(10) 職員体制

管理者	1名（兼）	機能訓練指導員	1名以上
-----	-------	---------	------

生活相談員	2名以上	介護職員	5名以上
-------	------	------	------

看護職員	2名以上
------	------

3. サービス内容

入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話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を図るサービスです。

4. 利用料金

サービスを利用した場合の「基本料金」以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用した場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

○事業対象者・要支援者

基本料金

1ヶ月当たり (単位：円)	介護保険負担割合		
	1割	2割	3割
事業対象者 要支援1・要支援2	1, 798 (週1回程度)	3, 596 (週1回程度)	5, 394 (週1回程度)
事業対象者 要支援2	3, 621 (週2回程度)	7, 242 (週2回程度)	10, 863 (週2回程度)

加算料金

〔加算項目〕	介護保険負担割合		
	1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援1	88円／月	176円／月	264円／月
〃 要支援2	176円／月	352円／月	528円／月
科学的介護推進体制加算	40円／月	80円／月	120円／月
送迎を行わない場合の減算 ※片道につき。	▲47円／回	▲94円／回	▲141円／回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1ヶ月あたりの基本料金、加算料金の合計に対し9.2％算定		

○要介護者

基本料金

1日当たり (単位：円)	※所要時間7時間以上 8時間未満の場合			※所要時間6時間以上 7時間未満の場合		
	介護保険負担割合			介護保険負担割合		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割
要介護1	658	1,316	1,974	584	1,168	1,752
〃 2	777	1,554	2,331	689	1,378	2,067
〃 3	900	1,800	2,700	796	1,592	2,388
〃 4	1,023	2,046	3,069	901	1,802	2,703
〃 5	1,148	2,296	3,444	1,008	2,016	3,024

1日当たり (単位：円)	※所要時間5時間以上 6時間未満の場合			※所要時間4時間以上 5時間未満の場合		
	介護保険負担割合			介護保険負担割合		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割
要介護1	570	1,140	1,710	388	776	1,164
〃 2	673	1,346	2,019	444	888	1,332
〃 3	777	1,554	2,331	502	1,004	1,506
〃 4	880	1,760	2,640	560	1,120	1,680
〃 5	984	1,968	2,952	617	1,234	1,851

1日当たり (単位：円)	※所要時間3時間以上 4時間未満の場合			※所要時間2時間以上 3時間未満の場合（注）		
	介護保険負担割合			介護保険負担割合		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割
要介護1	370	740	1,110	272	544	816
〃 2	423	846	1,269	311	622	933
〃 3	479	958	1,437	351	702	1,053
〃 4	533	1,066	1,599	392	784	1,176
〃 5	588	1,176	1,764	432	864	1,296

（注）心身の状況その他ご利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難な場合に限りま。

＊なおやむを得ずサービス提供時間が短くなった場合においても当初の計画上の単位数を算定させていただきます。

- ・当日の利用者の体調不良等の心身の状況により、やむを得ず短くなった場合
- ・降雪等の急な気象状況の悪化等により、やむを得ず、送迎に平時よりも時間を要し、サービス提供時間内に影響が生じた場合

加算・減算料金

〔加算項目〕	介護保険負担割合		
	1割	2割	3割
入浴介助加算（Ⅰ）	40円／日	80円／日	120円／日
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56円／日	112円／日	168円／日
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76円／日	152円／日	228円／日
※その日の機能訓練指導員の配置状況により料金は変わります。			
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円／日	44円／日	66円／日
科学的介護推進体制加算	40円／月	80円／月	120円／月
送迎を行わない場合の減算 ※片道につき。	▲47円／回	▲94円／回	▲141円／回
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5％		
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1ヶ月あたりの基本料金、加算料金の合計に対し9.2％算定		

その他の加算

〔加算項目〕	介護保険負担割合		
	1割	2割	3割
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20円／月	40円／月	60円／月
ADL維持等加算（Ⅰ）	30円／月	60円／月	90円／月
ADL維持等加算（Ⅱ）	60円／月	120円／月	180円／月
認知症加算	60円／日	120円／日	180円／日

その他の費用

食費 565円

＊当日8時以降に利用中止となった場合には、食費の請求をさせていただきます。

おやつ代 50円

連絡帳代 50円／冊

オムツ代 尿とりパット (小) 30円／枚

〃 (大) 60円／枚

リハビリパンツ	100円／枚
紙オムツ	130円／枚
マスク代	15円／枚
クラブ活動材料費	実費
野外行事参加費	実費
その他立替費用	実費
入浴代（※要介護状態区分が事業対象者および要支援者のご利用者のみ）	
	500円／回

5. 利用料金の支払い

4に定める利用料金は1ヶ月ごとに計算し、合計額を現金または口座引き落としの方法で月末までにお支払い下さい。

支払いを受けた時は、領収書を発行します。（領収書の再発行は致しませんのでご注意ください。）

6. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- （1）風邪等病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- （2）当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、入浴の中止等を行うことがあります。
- （3）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、お迎えをお願いすることがあります。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。
- （4）故意に施設もしくは物品に損害を与えない。又は、これを持ち出さない。
- （5）他利用者様やスタッフ等に対して暴力行為、またセクシャルハラスメントやパワーハラスメントなどの行為があった場合、サービスを中止させていただくことがあります。

【緊急連絡先】

氏名

続柄

住所

電話番号

【主治医】

病院または診療所名

医師名

住所

電話番号

7. 事故発生時の対応

事故が発生したら、速やかに管理者に報告します。管理者は利用者の家族、主治医に連絡すると同時に、関係市町村と連携して対応致します。

8. 苦情処理の体制及び手順

利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、担当者が迅速に対応します。解決が困難な場合には第三者委員の立ち合いに基づき、解決を図ります。

相談・要望・苦情等の窓口

ことぶき荘 電話番号 0778-51-7780 担当：理事 木村 豊

受付時間 月曜日～土曜日 9：00～17：00

鯖江市役所 長寿福祉課

〒916-8666 鯖江市西山町13-1

電話番号 0778-53-2218

越前市役所 福祉保健部 長寿福祉課 介護保険室

〒915-8530 越前市府中1丁目13-7

電話番号 0778-22-3715

福井県国民健康保険団体連合会

〒910-0843 福井市西開発4丁目202-1 福井県自治会館4階

電話番号 0776-57-1614

福井県社会福祉協議会運営適正化委員会

〒910-0026 福井市光陽2-3-22

電話番号 0776-24-2347

9. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

10. 第三者評価の実施状況

現在、実施していません。

個人情報の使用等に係る説明書

以下に定める条件のとおり、ことぶき荘デイサービスセンターは利用者本人及び身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集することをお約束いたします。

1. 利用期間 介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。
2. 利用目的
 - (1) 介護保険における介護認定の更新、変更のため。
 - (2) ご利用に関わる介護計画（ケアプラン）・個別機能訓練計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
 - (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（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
 - (4) 利用者が医療サービスの利用を希望している場合、及び主治医等の意見を求める必要のある場合。
 - (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため。
 - (6) 行政からの要請などに応える場合。
 - (7) その他サービス提供で必要な場合。
 - (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。
3. 使用条件
 - (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
 - (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。
4. 肖像権及び施設内におけるボランティア・実習生との交流
 - (1) 事業所においてはその性格上、他利用者のご家族、見学者、施設管理に関する業者等の施設への出入りがあります。
 - (2) 当法人では、ホームページ・インスタグラム等にて、利用者の皆様の日常の様子を関係方面にお知らせしております。その場合、利用者のお写真を掲載させていただく場合があります。
 - (3) 当法人では、各種資格取得を目指す学生等の実習を行う場として施設を提供しております。この実習への情報提供及び実習生による介助を提供する場合があります。

社会福祉法人 東陽会 理事長 齋藤 みどり

「別紙1」

事業所利用時のリスク説明書

当事業所では、利用者に快適な生活を過ごして頂きたく、安全な環境作りに努めていますが、利用者の健康状態や病気に伴う様々な症状、あるいは日常生活の中で予期せぬ危険性が生じる事を十分ご理解下さい。

1. 事業所の健康管理体制

- ①当事業所は生活の場であり、病院と同じような治療はできません。
- ②利用者の病状が急に悪化した場合、当事業所の看護師等スタッフの判断で緊急に病院へ搬送を行う場合があります。

2. 予測される危険性

- ①身体拘束は原則として行わないため、転倒・転落による事故の可能性があります。例えば、歩行時の転倒、ベッドや椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ②高齢者の骨はもろく寝返りや、咳やくしゃみ等でも容易に骨折する恐れがあります。
- ③常用薬の使用により、出血、血圧や血糖値の変動が生じやすくなる場合があります。
- ④高齢者の皮膚は弱く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ⑤高齢者の血管は脆く、軽度の打撲であっても、皮下出血がしやすい状態にあります。
- ⑥加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下し、誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ⑦義歯を遺失したり、場合により飲み込まれる事もあります。また、開口を拒まれる場合は、口腔清掃が不十分になることがあります。
- ⑧高齢者であることにより脳や心臓の疾患等で、急変して急死・突然死される場合もあります。
- ⑨事業所を利用の際、指輪等は外しておいて下さい。紛失、欠損等について責任を負いかねます。

※ ことぶき荘デイサービスセンタースタッフ一同、上記危険性を十分把握し努めて参りますので、ご理解頂きたいと思えます。

社会福祉法人 東陽会

ことぶき荘デイサービスセンター

「別紙2」

重要事項説明書及び各事項同意書

通所介護の利用にあたり、利用者または代理人に対して本書面に基づき重要事項及び各事項の説明を行いましたので、署名・押印の上、各自保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者住所	鯖江市大野町3-1
事業者名	社会福祉法人 東陽会
事業所名	ことぶき荘デイサービスセンター
福井県指定番号	1870700067
説明者	印

- ☐ 1. 本書面に基づいて、重要事項の説明を受け、ことぶき荘デイサービスセンターのサービス提供開始に同意します。
- ☐ 2. 本書面「別紙1」に基づいて、個人情報に関わる利用目的の説明を受け、その内容に同意します。
- ☐ 3. 本書面「別紙1」に基づいて、利用者の顔写真についてホームページ・施設内掲示・インスタグラム等への掲載を承諾します。
- ☐ 4. 本書面「別紙2」に基づいて、施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

利用者 住所

氏 名

家族又は代理人 住所

氏 名

(利用者との関係：)