

重 要 事 項 説 明 書

デイサービス川口結いの家

(通所介護)

社会福祉法人 碧晴会

重要事項説明書
デイサービス川口結いの家（通所介護）

通所介護サービスの提供にあたり、厚生労働省令第34号に基づいてご契約者（利用者又はその家族）に事業所の概要、サービス内容、契約上ご留意頂きたいことを次の通り説明致します。

1. 事業所の概要

事業所の名称	デイサービス川口結いの家
指定事業所番号	指定通所介護（愛知県 2372800488）
開設者の名称（代表者）	社会福祉法人 碧晴会（代表者：堀尾 静）
事業所の管理者	齋藤 健
所在地	愛知県碧南市川口町1丁目178番地1
連絡先	0566-46-5280（TEL） 0566-46-5285（FAX）
通常の実施地域	碧南市内（地域を超えてサービス提供を希望される場合はご相談に応じます。）

2. 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（祝日は営業、12月31日と1月1日は休業）
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	6時間以上7時間未満は午前9時30分～午後3時45分を基本とする。 7時間以上8時間未満は午前8時45分～午後4時00分を基本とする。 （上記以外の場合は相談に応じます。）

3. 職員の職種及び員数 令和3年6月1日現在

従事者の職種	員数
管理者	1人
相談員	2人以上
看護職員	2人以上
介護職員	7人以上
機能訓練指導員	1人以上

4. 事業所の概要（設備等）

建 物	食堂兼機能訓練室	133.1 m ²
	事 務 所	12.42 m ²
	静 養 室	24.22 m ²
	相 談 室	8.32 m ²
	ト イ レ	34.7 m ²
	浴 室	112.97 m ²

5. 利用者の定員

定 員	30 名
-----	------

6. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	要介護及び要支援状態、事業対象者となった利用者について入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持・向上ができ、可能な限り自宅において日常生活を営むことができ又家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
運営方針	利用者が尊厳を保持でき、可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう援助を行います。

7. サービス内容

1. 日常生活の援助	ケアプランに基づき、可能な限り自宅において生活できるような援助を行い、安心した暮らしを支援します。
2. 機能訓練	通所介護計画（機能訓練計画）に基づき、日常生活上必要な機能の改善又はその向上のための訓練を行います。
3. 口腔ケア	口腔内、唾液分泌等の状態の確認をして清潔を保ちます。
4. 健康状態の確認	体温、血圧等をはじめ健康状態の確認をします。
5. 入浴サービス	安全に安心して入浴することができるようにします
6. 食事サービス	食事を提供し咀嚼、嚥下、食事摂取の状況を確認します。
7. 延長サービス	ご家族様の希望に柔軟に応じられる体制を整えます。
8. 相談及び助言	様々な資格をもった職員と相談ができる体制を整えます。

8. 秘密保持・個人情報保護

事業所は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を決して漏らすことはありません。但し、医療上緊急の必要性がある場合、主治医又は協力医療機関との連携、サービス担当者会議、請求業務等については事前に文書で同意を得た上で情報を用いることができるものとします。
--

9. 衛生管理

事業所は、食堂、機能訓練室、その他の設備、食器及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、必要に応じて保健所の指導を求めるとともに、インフルエンザをはじめとする感染症についても、その発生及びまん延を防止するための措置を講じます。

10. 緊急時対応

事業所は、常に利用者の健康状態に注意し、利用者に症状の急変が生じた場合は速やかに主治医又は協力医療機関、家族への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

11. 自然災害

大雨、洪水等の警報発令時には、サービス提供の安全が確保されることを前提に、サービスの提供を実施します。警報発令時には、安全の確保を確認し、サービスの提供が困難と判断される場合は、サービス提供の当日の8:30までにサービス中止の旨を当該利用者及び家族に連絡します。なお、利用開始後に警報発令された場合は、安全を確保されることを前提に送迎いたします。地震時の警戒宣言発令時には、サービス提供を中止します。

12. 非常災害時の対応

災害時の対応及び防災訓練	災害時については、消防法及び特別養護老人ホーム消防計画に基づき対応を行いません。また、特別養護老人ホーム川口結いの家防災計画に基づき、消火、その他非常時に必要な設備を設け、職員及び利用者が参加する訓練を定期的に行います。
防火設備	消火器の設置、カーテン、布団等は防火性のある物を使用しています。

13. 身体拘束その他の行動制限

事業者は当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、当該利用者に対し、身体拘束その他の方法により当該利用者の行動を制限しません。

事業者が当該利用者に対し身体的拘束その他の方法により当該利用者の行動を制限する場合は、当該利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、当該利用者に同意能力がある場合は、その同意を得ることとします。

事業者が当該利用者に対し、身体拘束その他の方法により当該利用者の行動を制限した場合は、契約書第5条のサービス提供の記録に次の事項を記載します。

①当該利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間

②前項に基づく当該利用者の後見人または当該利用者の家族（当該利用者には後見人がなく、かつ身寄りがない場合には身元引受人）に対する説明の時期及び内容、その際のやり取りの概要。

1 4. 苦情及び事故への対応

事業所は、苦情及び事故に迅速かつ適切に対応するため苦情相談窓口、第三者委員を設置し、事実関係調査、改善措置、利用者又はその家族に対する説明、担当の居宅介護支援事業者、行政機関、主治医又は協力医療機関への連絡、その他事業所外の苦情相談窓口提示も含め必要な措置を講じます。

1 5. 損害賠償

事業所は、サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を迅速に行います。

第 8 項、1 0 項及び 1 4 項にいう協力医療機関

【協力医療機関】

協力医療機関	住 所	電話番号
医療法人 堀尾医院	碧南市新川町 5 丁目 108 番地	0566-48-0633
医療法人 作塚杉浦クリニック	碧南市作塚町 3 丁目 10 番地	0566-42-5327
エンゼル歯科	碧南市沢渡町 94 番地 1	0566-46-1012

第 1 4 項にいう苦情相談窓口等の連絡先

【デイサービス川口結いの家】

事業所名	デイサービス川口結いの家
住 所	愛知県碧南市川口町 1 丁目 178 番地 1
苦情相談責任者	齋藤 健
苦情相談担当者	朝川 恵
電話番号	0566-46-5280
FAX 番号	0566-46-5285
受付対応時間	月曜日から土曜日の午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで

【苦情解決に係る第三者委員】

第三者委員	連絡先
柴田和子	090-4262-4848
鈴木公子	090-4796-5675

【行政機関等】

機関名	碧南市役所 高齢介護課
住 所	碧南市松本町 28 番地
電話番号	0566-95-9889
FAX 番号	0566-46-5510

受付対応時間	平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
機関名	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課
住 所	名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号
電話番号	052-971-4165
FAX 番号	052-962-8870
受付対応時間	平日 午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分

1 6. 提供するサービスの第三者評価の実施の有無

実施	無
実施した直近年月日	
実施した評価機関	
開示状況	

1 7. 利用料、その他の費用の額

(1)

【 通所介護 】

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
時間区分	584	689	796	901	1,008
6 時間以上 7 時間未満	単位/日	単位/日	単位/日	単位/日	単位/日
時間区分	658	777	900	1,023	1,148
7 時間以上 8 時間未満	単位/日	単位/日	単位/日	単位/日	単位/日
入浴加算	40 単位/回				
サービス提供体制加算※1	Ⅰ:22 単位/日 Ⅱ:18 単位/日 Ⅲ:6 単位/日				
中重度者ケア体制加算	4 5 単位/日				
認知症加算	6 0 単位/日 (必要に応じて加算)				
科学的介護推進体制加算	4 0 単位/月 (令和 6 年 6 月～)				
個別機能訓練加算	Ⅰイ:5 8 単位/日 Ⅰロ:7 6 単位/日 (必要に応じて加算)				

【 食材料費 】

昼食代 (おやつなしの場合)	875 円 (800 円)
朝食代 (希望時)	450 円
夕食代 (延長利用希望時)	650 円
日用娯楽費	200 円
レクリエーション材料費	実費
おむつ代	実費 (持参以外の場合)

※1: 令和 6 年 4 月 1 日現在はサービス提供体制加算はⅠを算定しております。今後の状況に応じてⅡもしくはⅢが算定可能になった場合は説明させていただきます。

※基本単位の他、介護職員処遇改善加算Ⅰ (5.9%)、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ (1.2%)、

介護職員等ベースアップ等加算（1.1%）が、別途必要になります。令和6年6月からは上記3つが一本化し、介護職員処遇改善加算Ⅰ（9.2%）が必要となります。なお、1単位は地域区分6級地で10.27円となります。

※日用娯楽費とはサービス提供の一環として参加者を募って実施する機能訓練以外のクラブ活動・創作活動に係る材料費等です。そのサービス提供日のみ負担していただきます。

※レクリエーション費については、事前に案内をします。

※準備が出来次第算定させていただく加算があります。

- ・口腔・栄養スクリーニング加算 20単位/回
- ・栄養アセスメント加算 50単位/月

（2）利用料金のお支払い方法

利用料金（1回の自己負担×1ヶ月の利用回数）は1ヶ月ごとに計算して、翌月の20日以降にご請求します。お支払方法は原則銀行等の口座振替にてお願いします。ただし、場合によっては現金によるお支払いも可能です。

※契約書第10条第4項により、支払いが滞った場合、利用できなくなる可能性があります。

（3）利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご契約者の都合により通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用の追加をすることができます。この場合はサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

【取り消し料】

利用予定日の前日までにキャンセルの申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までにキャンセルの申し出がなかった場合	自己負担相当分

なお、利用日の変更・追加の申し出に対し、事業所の受け入れ状況によりご希望の日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者と協議の上、充当することがあります。

本書面に基づいて通所介護についての説明を致しました。

令和 年 月 日

所在地 愛知県碧南市川口町1丁目178番地1
事業所名 デイサービス川口結いの家

説明者（担当者） (自署)

私は、本書面に基づいて事業者から通所介護についての説明を受け、通所介護の提供開始に同意致します。

令和 年 月 日

【利用者】

住所

氏名

署名代行者 (自署)

※契約者本人が記入できない場合は、署名代行者を代筆者がご記入ください。

【家族代表者及び代理人】

住所

氏名 (自署)