

## 《 デイサービスセンター 楽寿 》

(大阪府指定 第2775502863号)

## 1 事業所を経営する法人の概要

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 法人名     | 社会福祉法人 寿 光 会        |
| 法人本部所在地 | 大阪府八尾市神宮寺一丁目 154 番地 |
| 法人代表者   | 理事長 森 田 浩 稔         |
| 法人連絡先   | 072-943-3602        |

## 2 事業所の概要

|            |                     |
|------------|---------------------|
| 事業所名       | デイサービスセンター 楽寿       |
| 介護保険事業指定番号 | 2775502863          |
| 事業所所在地     | 大阪府八尾市神宮寺一丁目 154 番地 |
| 事業所管理者     | 山 下 恵 利 子           |
| 事業所連絡先     | 072-943-3648        |
| 利用定員       | 25名                 |
| 事業実施地域     | 八尾市・柏原市の隣接地域        |

## 3 事業所の職員体制

| 職 種     | 資格及び従事する業務   | 人 員 |
|---------|--------------|-----|
| 管 理 者   | 社会福祉主事、介護福祉士 | 1 名 |
| 生活相談員   | 介護福祉士        | 2 名 |
| 看護職員    | 看護師          | 3 名 |
| 介護職員    | 介護福祉士        | 8 名 |
| 機能訓練指導員 | 看護師          | 3 名 |
| 厨房職員    | 調理師、調理師補助    | 4 名 |
| その他の職員  | 事務職員         | 2 名 |

## 4 事業の目的

当事業所の実施する事業は、要介護状態の利用者の方に対し、適切な〔指定通所介護〕サービスを提供することを目的とします。

## 5 事業の運営方針

- ① 当事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態等になった場合においても、心身の状態等を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう支援を行います。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ③ サービス提供に当っては利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療機関、福祉サービスを提供するものとの連携に努めます。

## 6 サービス内容

|          |  |
|----------|--|
| 入浴       | 歩行浴又は車椅子に乗ったままでの入浴を行っていただきます。                                  |
| 食事       | 専属の厨房職員（調理師含む）が提供します。  |
| 生活指導     | サービス利用に関する相談・援助を提供します。   |
| 機能訓練（個別） | 機能訓練指導員・相談員・介護職員等が個々の利用者様の身体機能状況を評価し、必要に応じて計画書に基づいた訓練を実施いたします。 |
| レクリエーション | グループでの体操、ゲームや創作活動などを行います。                                      |
| 健康チェック   | 看護師が血圧・脈・体温等のバイタルチェックをいたします。                                   |
| 送迎       | ご自宅の玄関まで、送迎いたします。  |

## 7 事業所の営業日・時間及びサービス提供時間

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| 営業日      | 月曜日～土曜日（日曜日、12月31日～1月3日を除く） |
| 営業時間     | 午前8時～午後5時                   |
| サービス提供時間 | 午前9時～午後4時30分                |

## 8 利用の中止、変更について

原則として利用予定日の前日までにご連絡下さい。体調の変化・緊急事態等の場合はその限りではありません。

## 9 利用料金の支払い方法

1ヶ月分をまとめて、翌月に請求いたします。所定の封筒に現金を入れお支払い下さい。銀行振り込み等、現金での支払い以外を希望される方は、お申し出下さい。

## 10 高齢者の虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 11 秘密の保持と個人情報の保護

### ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及びサービス従業者はサービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者または家族の秘密を保持させるため、従業者である期間および従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

### ② 個人情報の保護について

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いないものとします。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いないものとします。

事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者が十分な注意を持って管理し、処分の際にも他への漏洩を防止するものとします。

## 12 受給資格の確認

〔指定通所介護〕サービスの提供に際しては、利用者の被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認します。

## 13 サービス利用料及び利用者負担

### ① (8時間以上9時間未満・送迎費含む)

| 利用者の<br>要介護区分 | 単位数   | サービスの<br>利用料 | 介護保険<br>給付 | 利用者<br>負担 |
|---------------|-------|--------------|------------|-----------|
| 要介護1          | 659   | 6,886        | 6,197      | 689       |
| 要介護2          | 779   | 8,140        | 7,326      | 814       |
| 要介護3          | 902   | 9,425        | 8,482      | 943       |
| 要介護4          | 1,026 | 10,721       | 9,648      | 1,073     |
| 要介護5          | 1,150 | 12,017       | 10,815     | 1,202     |

### ② (7時間以上8時間未満・送迎費含む)

単位：円

| 利用者の<br>要介護区分 | 単位数   | サービスの<br>利用料 | 介護保険<br>給付 | 利用者<br>負担 |
|---------------|-------|--------------|------------|-----------|
| 要介護1          | 648   | 6,771        | 6,093      | 678       |
| 要介護2          | 765   | 7,994        | 7,194      | 800       |
| 要介護3          | 887   | 9,269        | 8,342      | 927       |
| 要介護4          | 1,008 | 10,533       | 9,479      | 1,054     |
| 要介護5          | 1,130 | 11,808       | 10,627     | 1,181     |

### ③ (6時間以上7時間未満・送迎費含む)

| 利用者の<br>要介護区分 | 単位数 | サービスの<br>利用料 | 介護保険<br>給付 | 利用者<br>負担 |
|---------------|-----|--------------|------------|-----------|
| 要介護1          | 575 | 6,008        | 5,407      | 601       |
| 要介護2          | 679 | 7,095        | 6,385      | 710       |
| 要介護3          | 784 | 8,192        | 7,372      | 820       |
| 要介護4          | 888 | 9,279        | 8,351      | 928       |
| 要介護5          | 993 | 10,376       | 9,338      | 1,038     |

### ④ (5時間以上6時間未満・送迎費含む)

単位：円

| 利用者の<br>要介護区分 | 単位数 | サービスの<br>利用料 | 介護保険<br>給付 | 利用者<br>負担 |
|---------------|-----|--------------|------------|-----------|
| 要介護1          | 561 | 5,862        | 5,275      | 587       |
| 要介護2          | 663 | 6,928        | 6,235      | 693       |
| 要介護3          | 765 | 7,994        | 7,194      | 800       |
| 要介護4          | 867 | 9,060        | 8,154      | 906       |
| 要介護5          | 969 | 10,126       | 9,113      | 1,013     |

### ⑤ (4時間以上5時間未満・送迎費含む)

| 利用者の<br>要介護区分 | 単位数 | サービスの<br>利用料 | 介護保険<br>給付 | 利用者<br>負担 |
|---------------|-----|--------------|------------|-----------|
| 要介護1          | 382 | 3,991        | 3,591      | 400       |
| 要介護2          | 438 | 4,577        | 4,119      | 458       |
| 要介護3          | 495 | 5,172        | 4,654      | 518       |
| 要介護4          | 551 | 5,757        | 5,181      | 576       |
| 要介護5          | 608 | 6,353        | 5,717      | 636       |

### ⑥ (3時間以上4時間未満・送迎費含む)

単位：円

| 利用者の<br>要介護区分 | 単位数 | サービスの<br>利用料 | 介護保険<br>給付 | 利用者<br>負担 |
|---------------|-----|--------------|------------|-----------|
| 要介護1          | 364 | 3,803        | 3,422      | 381       |
| 要介護2          | 417 | 4,357        | 3,921      | 436       |
| 要介護3          | 472 | 4,932        | 4,438      | 494       |
| 要介護4          | 525 | 5,486        | 4,937      | 549       |
| 要介護5          | 579 | 6,050        | 5,445      | 605       |

※利用時間によって料金が変わります

### ⑦ 入浴料について (※サービスを提供した人・日のみ)

単位：円

| サービスの種類 | サービスの利用料 | 介護保険給付 | 利用者負担 |
|---------|----------|--------|-------|
| 入浴 50単位 | 522      | 470    | 52    |

※入浴料についてはサービスを提供させていただいた方からの請求となります。

### ⑧ 体制加算に対する利用料

(1日単位)

単位：円

| サービスの種類             | サービスの利用料 | 介護保険給付 | 利用者負担 |
|---------------------|----------|--------|-------|
| サービス提供体制加算Ⅰ(イ) 18単位 | 188      | 169    | 19    |
| サービス提供体制加算Ⅰ(ロ) 12単位 | 125      | 113    | 12    |

※サービス提供体制加算Ⅰ(イ)とは、介護職員の総数のうち、介護福祉士の有資格者が50%以上を占める割合の加算。

※サービス提供体制加算Ⅰ(ロ)とは、介護職員の総数のうち、介護福祉士の有資格者が40%以上を占める割合の加算。

※職員の変動により加算の状況にも変動がございます。

### ⑨ ○介護職員処遇改善加算(Ⅰ)について

介護職員の処遇改善に要する費用として、所定単位数に5.9%乗じた単位数を加算します。その費用の1割または2割が利用者の自己負担額となります。

○特定処遇改善加算(Ⅰ)について

技術・経験のある介護職員の処遇に関する費用として、上記の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を除く所定単位数に1.2%乗じた単位数を加算します。その費用の1割、2割または3割が利用者の自己負担となります。

⑩ 食事の提供に要する費用 1食 当たり 600円

利用当日、食事数の最終確認時刻(午前9時)を過ぎて喫食時間までに、自己都合により急遽退出することになった場合の食事代600円は、請求させていただきます。

⑪ 教養娯楽に関する材料等に要する費用

月額 300円

⑫ おやつ提供に要する費用(午後から短時間で利用される方のみ)

1回 当たり 50円

**14 緊急時の対応方法について**

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかにかかりつけ医への連携を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

|            |           |  |
|------------|-----------|--|
| 主治医        | 氏 名       |  |
|            | 所属医療機関名称等 |  |
|            | 所 在 地     |  |
|            | 電 話 番 号   |  |
| 連絡先<br>その他 | 氏名及び続柄    |  |
|            | 住 所       |  |
|            | 電 話 番 号   |  |

**15 事故発生時の対応方法について**

利用者に対する〔指定通所介護〕サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する〔指定通所介護〕サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

|               |             |  |
|---------------|-------------|--|
| 市町村           | 市 町 村 名     |  |
|               | 担 当 部 ・ 課 名 |  |
|               | 電 話 番 号     |  |
| 居宅介護<br>支援事業者 | 事 業 所 名     |  |
|               | 所 在 地       |  |
|               | 担当介護支援専門員   |  |
|               | 電 話 番 号     |  |

**16 要介護認定の申請に係わる援助**

〔指定通所介護〕サービス提供の開始に際し、利用者が要介護認定を受けていない場合は、要介護認定の申請がすでに行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。

また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合で、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前になされるよう、必要な援助を行います。

## 17 身分証携行義務

通所介護職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 18 心身の状況の把握

〔指定通所介護〕サービスの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。

## 19 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 〔指定通所介護〕サービスの提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを、速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

## 20 サービスの利用に関する留意事項

- ① 原則として以下のものを持参されないようにお願いします。
  - i 他の利用者や事業所の職員に危険を及ぼす可能性のあるもの
  - ii 多額の金品、貴重品、携帯電話
  - iii 必ず必要とする以外の飲食物
- ② 施設設備を安全に利用していただくための利用上の注意事項や、職員からの指示を守ってください。
- ③ 他の利用者や事業所の職員に対し、営業や政治、宗教活動などは行わないで下さい。

## 21 苦情対応の体制および手順

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じて訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、時下の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

(時間を要する内容も、その旨を翌日までには連絡します。)

当事業所における苦情や相談の窓口は、下記にて受け付けます。

|        |  |
|--------|--|
| 電話番号   | 072-943-3648                                 |
| FAX 番号 | 072-943-3606                                 |
| 受付時間   | 月曜日～土曜日 午前9時～午後5時<br>但し、日曜日及び12月31日～1月3日はお休み |
| 受付担当者  | 生活相談員 ・ 介護主任                                 |

行政機関及び公的機関の苦情受付窓口

|                |   |
|----------------|---|
| 八尾市介護保険課       | 所在地：八尾市本町1-1-1<br>電話番号：072-924-9360<br>受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:15                  |
| 大阪府国民健康保険団体連合会 | 所在地：大阪府中央区常盤町1-3-8<br>中央大通FNビル内<br>電話番号：06-6949-5418<br>受付時間：月曜日～土曜日 9:00～17:00 |

説明日：令和 年 月 日

〔指定通所介護〕サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

事業者住所 大阪府八尾市神宮寺一丁目154番地  
事業者名 デイサービスセンター 楽寿  
管理者氏名 山下 恵利子 印

説明者氏名 辻 真希 印

私は本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、〔指定通所介護〕サービスの提供開始に同意しました。

利用者

利用者住所

利用者氏名 印

代理人

代理人住所

代理人氏名 印  
(続柄 )