

様

通 所 介 護

重要事項説明書

社会福祉法人 豊珠会

デイサービスセンター藤心八幡苑

通所介護重要事項説明書

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 04-7175-8181 (午前 8時00分 ~ 午後 5時00分)

担 当 生活相談員 込堂 隆盛 渡部 京子

※ご不明なことは、何なりとお尋ね下さい。

2. デイサービスセンター藤心八幡苑の概要

(1) 提供出来るサービスの種類と地域

事業所名	デイサービスセンター藤心八幡苑
住 所	千葉県 柏市藤心 293-2
介護保険 指定番号	通 所 介 護 (千葉県第1272200484号)
サービスを提供する地域	* 柏市及び隣接する地域

(2) 同事業者の職員体制

	資 格	常 勤	非 常 勤	業 務 内 容	計
管理者	社会福祉主事	1 名	名	業務指導	1 名
生活相談員	介護福祉士	1 名	1 名	処遇計画企画	2 名
機能訓練指導員	看 護 師	名	2 名	リハビリ訓練	3 名
	柔道整復師	1 名	名		
看護・介護職員	看 護 師	名	2 名	健康管理	2 名
	准 看 護 師	名	名		
	介護福祉士	1 名	1 名	介護業務	2 名
	介護職員初任者研修	名	2 名	介護業務	2 名
	運 転 手	名	4 名		4 名
	そ の 他	名	2 名	介護業務	2 名

(3) 同事業所の設備の概要

定員	25 名	静養室	1 室 2 床
食堂	1 室 (1 室 81 m ²)	相談室	1 室
機能訓練室	1 室 (1 室 36 m ²)	談話コーナー	1 ヶ所
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります	送迎車	4 車輛

(4) 営業時間

月～土曜日 午前8時00分 ～ 午後5時00分

* 緊急連絡先の電話番号 04-7175-8181

3. 通所介護の内容

▽ご利用日 月～土曜日、祭日
▽休業日 日曜日
▽ご利用時間 午前 9時00分 ～ 午後 4時15分
▽ご利用場所 柏市 デイサービスセンター藤心八幡苑
▽ご利用可能設備等 食堂及び機能訓練室 117㎡
相談室
浴室 (普通浴槽・特殊浴槽)
送迎車 4車両
▽サービス内容 通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、その他必要な介護等を行います。

4. 料 金

(1) 通所介護費 (送迎費含む)

◎8時間以上9時間未満

※1単位＝10,27円

	単位数	一日あたりの 利用料金	介護保険適応時の一日あたりの自己負担額		
			1割	2割	3割
要介護1	669単位	6,870円	687円	1,374円	2,061円
要介護2	791単位	8,123円	813円	1,625円	2,437円
要介護3	915単位	9,397円	940円	1,880円	2,820円
要介護4	1,041単位	10,691円	1,070円	2,139円	3,208円
要介護5	1,168単位	11,995円	1,200円	2,399円	3,599円

◎7時間以上8時間未満

	単位数	一日あたりの 利用料金	介護保険適応時の一日あたりの自己負担額		
			1割	2割	3割
要介護1	658単位	6,757円	676円	1,352円	2,028円
要介護2	777単位	7,979円	798円	1,596円	2,394円
要介護3	900単位	9,243円	925円	1,849円	2,773円
要介護4	1,023単位	10,506円	1,051円	2,102円	3,152円
要介護5	1,148単位	11,789円	1,179円	2,358円	3,537円

◎6 時間以上 7 時間未満

	単位数	一日あたりの 利用料金	介護保険適応時の一日あたりの自己負担額		
			1 割	2 割	3 割
要介護 1	584 単位	5,997 円	600 円	1,200 円	1,800 円
要介護 2	689 単位	7,076 円	708 円	1,416 円	2,123 円
要介護 3	796 単位	8,174 円	818 円	1,635 円	2,453 円
要介護 4	901 単位	9,253 円	926 円	1,851 円	2,776 円
要介護 5	1,008 単位	10,352 円	1,036 円	2,071 円	3,106 円

◎5 時間以上 6 時間未満

	単位数	一日あたりの利 用料金	介護保険適応時の一日あたりの自己負担額		
			1 割	2 割	3 割
要介護 1	570 単位	5,853 円	586 円	1,171 円	1,756 円
要介護 2	673 単位	6,911 円	692 円	1,383 円	2,074 円
要介護 3	777 単位	7,979 円	798 円	1,596 円	2,394 円
要介護 4	880 単位	9,037 円	904 円	1,808 円	2,712 円
要介護 5	984 単位	10,105 円	1,011 円	2,021 円	3,032 円

◎4 時間以上 5 時間未満

	単位数	一日あたりの利 用料金	介護保険適応時の一日あたりの自己負担額		
			1 割	2 割	3 割
要介護 1	388 単位	3,984 円	399 円	797 円	1,196 円
要介護 2	444 単位	4,559 円	456 円	912 円	1,368 円
要介護 3	502 単位	5,155 円	516 円	1,031 円	1,547 円
要介護 4	560 単位	5,751 円	576 円	1,151 円	1,726 円
要介護 5	617 単位	6,336 円	634 円	1,268 円	1,901 円

◎3 時間以上 4 時間未満

	単位数	一日あたりの利 用料金	介護保険適応時の一日あたりの自己負担額		
			1 割	2 割	3 割
要介護 1	370 単位	3,799 円	380 円	760 円	1,154 円
要介護 2	423 単位	4,344 円	435 円	869 円	1,304 円
要介護 3	479 単位	4,919 円	492 円	984 円	1,476 円
要介護 4	533 単位	5,473 円	548 円	1,095 円	1,642 円
要介護 5	588 単位	6,038 円	604 円	1,208 円	1,812 円

1. 介護給付サービス加算について

※1単位＝10.27円

- ☐ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）1日につき 1割・23円/2割45円/3割68円（22単位）
（介護福祉士の占める割合が70%以上、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合）
- ☐ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）1日につき 1割・19円/2割37円/3割56円（18単位）
（介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上の場合）
- ☐ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）1日につき 1割・7円/2割13円/3割19円（6単位）
（介護福祉士の占める割合が40%以上、勤続7年以上が30%以上の場合）
- ☐ 入浴介助加算（Ⅰ）1回につき 1割・41円/2割・82円/3割・123円（40単位）
- ☐ 入浴介助加算（Ⅱ）1回につき 1割・57円/2割・113円/3割・170円（55単位）
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅰ-イ）1回につき 1割・58円/2割・115円/3割・173円（56単位）
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅰ-ロ）1回につき 1割・78円/2割・156円/3割・234円（76単位）
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅱ）1回につき 1割・21円/2割・41円/3割・62円（20単位）
- ☐ 認知症加算 1回につき 1割・62円/2割・124円/3割・185円（60単位）
- ☐ 若年性認知症利用者受入加算 1回につき 1割・62円/2割・124円/3割・185円（60単位）
- ☐ 中重度ケア体制加算 1回につき 1割・47円/2割・93円/3割・139円（45単位）
- ☐ 栄養アセスメント加算 1回につき 1割・52円/2割・103円/3割・154円（50単位）
- ☐ 栄養改善加算 1回につき 1割・206円/2割・411円/3割・617円（200単位）
- ☐ 口腔機能向上加算 1回につき 1割・154円/2割・308円/3割・462円（150単位）
- ☐ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）1回につき 1割・21円/2割・41円/3割・62円（20単位）
- ☐ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）1回につき 1割・6円/2割・11円/3割・16円（5単位）
- ☐ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）1月につき 1割・103円/2割・206円/3割・309円（100単位）
- ☐ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）1月につき 1割・206円/2割・411円/3割・617円（200単位）
- ☐ ADL維持等加算（Ⅰ）1月につき 1割・31円/2割・62円/3割・93円（30単位）
- ☐ ADL維持等加算（Ⅱ）1月につき 1割・62円/2割・124円/3割・185円（60単位）
- ☐ 科学的介護推進体制加算 1月につき 1割・41円/2割・82円/3割・123円（40単位）

※介護職員等処遇改善加算

- ☐ 加算（Ⅰ）算定した単位数の1000分の92に相当する単位数
- ☐ 加算（Ⅱ）算定した単位数の1000分の90に相当する単位数
- ☐ 加算（Ⅲ）算定した単位数の1000分の80に相当する単位数
- ☐ 加算（Ⅳ）算定した単位数の1000分の92に相当する単位数
- ☐ 加算（Ⅴ）(1)～(14) 算定した単位数の1000分の81～33(※1)に相当する単位数

(※1) (1)81/1000 (2)76/1000 (3)79/1000 (4)74/1000 (5)65/1000 (6)63/1000 (7)56/1000
(8) 69/1000 (9)54/1000 (10)45/1000 (11)53/1000 (12)43/1000 (13)44/1000 (14)33/1000

その他	◇昼食代金	1食あたり自己負担額	580円
		おやつ代	50円
	◇その他	連絡ノート代（初回無料）	90円
		紙パンツ	150円
		紙オムツ	200円
		尿取りパット	30円
		写真	10円

※レクリエーションにかかる費用等は、自己負担となります。

(2) キャンセル料金

利用者のご都合で、サービスを中止する場合、下記のキャンセル料金がかかります。

①	ご利用日の前日午後5時00分までにご連絡を頂いた場合	無料
②	ご利用日の当日午前8時00分までにご連絡を頂いた場合	無料
③	ご利用日の当日午前8時00分までにご連絡を頂かなかった場合	580円

※サービス利用を中止した場合、同月内であればご希望の日に振替えることが出来ます。
但し、定員人数分の予約が入っている日には振替え出来ませんのでご了承下さい。

(3) 支払方法

①事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月10日までに
利用者に送付します。

②お支払いは、口座振替になります。尚、口座振替が不可能な場合は、現金又は銀行振込のいずれか（ご契約の際に、決定）の方法にて、翌月末日迄に支払います。

③事業者は、利用者から料金支払がなされた時、利用者に対し領収書を発行します。

5. 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

豊かなシルバーライフをお手伝い致します。デイサービスセンター藤心八幡苑は高齢者の方々の社会参加の機会を設け、社会性の維持向上に努めております。又、四季折々の行事、外出行事を盛り沢山用意し皆様のご利用をお待ち致しております。

(2) 当施設の布陣等

事 項	有・無	備 考
男性介護職員の有無	有	男性介護職員も介護を行ないます。
時間延長の可否	無	
従業者への研修の実施	有	年4回以上の研修を実施しています。
サービスマニュアルの作成	有	

(3) サービスご利用に当たっての留意事項

①送迎の連絡方法

- ・ご利用当日送迎時刻に変更が生じた場合には、速やかに電話連絡いたします。
- ・交通事情により、お約束の時間から多少前後することがありますのでご了承下さい。

②食事の内容

- ・食事の形態、調理方法にご希望がある方は詳しい内容を担当者にご相談下さい。

③薬の管理について

- ・皮膚疾患等の継続される処置薬は、医師に処方された物をお持ちください（ガーゼ類含む）。ご家族からの指示がない限り処置は行いません。利用中に疾患が見つかった場合はその都度お知らせし、受診をお勧めいたします。尚、食事前後の服薬管理、点眼、入浴後の薬の塗布（ご家族からの指示、医師による処方のみ）、湿布薬の交換等、看護師以外にも介護職、生活相談員が行うことがありますのでご了承ください。

④金銭・貴重品の管理について

- ・必要以上の金銭や、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。原則として、ご利用者において管理していただきます。

⑤宗教・政治・営業活動

- ・施設内で他のご利用者に対する宗教活動、政治活動、営業活動はご遠慮ください。

⑥その他

- ・行事(食事会、梨狩り等)の自己負担については、事前にご案内をお渡しいたします。参加・不参加の希望もとります。不参加の方でも通常のプログラムを受けることができます。

6. 緊急時の対応方法

- 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、サービス内容の変更、又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③サービス提供中に体調が悪くなった場合は、ご家族に連絡の上、適切に対応します。又、必要に応じて速やかに、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡を致します。

緊 急 連 絡 先	
氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

主 治 医	
病院・診療所名	
医 師 名	
住 所	
電 話 番 号	

7. 非常災害対策

- ◎防災時の対応 当事業所「消防計画書」に基づいて、的確な対応方法の習熟をはかります。
- ◎防災設備 年2回、消防設備士に消防用設備の自主点検を委託し、消防用設備の維持を適正に行います。
- ◎防災訓練 避難訓練（月1回以上）定期的に行います。
- ◎防火責任者 施設長 小熊 豪

8. 虐待防止に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 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る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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する。

9. サービス内容に関する苦情

○通所介護に関する相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出下さい。

☆ サービス相談窓口 ☆

電話番号 04-7175-8181 担当部署：デイサービスセンター藤心八幡苑

生活相談員 込堂 隆盛 渡部 京子

(受付時間 午前 8時00分 ～ 午後 5時00分)

※当施設以外に、相談・苦情を下記に申し出ることが出来ます。

柏市役所／担当部署：高齢者支援課 電話 04-7167-1111

国民健康保険団体連合会／担当部署：介護保険課苦情処理係

電話 043-254-7428

10. 当法人の概要

創 立 年 月 日

昭 和 57年 6月 2日

名 称・法 人 種別

社会福祉法人 豊 珠 会

代表者役職・氏 名

理 事 長 吉 野 一 實

本部所在地・電話番号

千葉県柏市篠籠田1390番地

電話04-7143-1011

定款に定めた事業内容

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1 特別養護老人ホーム 八幡苑 | 10 藤心ケアプランニング |
| 2 八幡苑ショートステイサービス | 11 グループホーム 睡人亭 |
| 3 デイサービスセンター 八幡苑 | 12 大津川八幡苑グループホームせむろ |
| 4 八幡苑居宅介護支援センター | 13 大津川八幡苑ショートステイサービス |
| 5 柏西口地域包括支援センター | 14 地域密着型特別養護老人ホーム大津川八幡苑 |
| 6 特別養護老人ホーム 藤心八幡苑 | 15 小規模多機能居宅介護ホーム大津川八幡苑 |
| 7 藤心八幡苑ショートステイサービス | 16 柏西口第二地域包括支援センター |
| 8 特別養護老人ホーム 藤心八幡苑ユニット館 | 17 住宅型有料老人ホーム大島田 |
| 9 デイサービスセンター 藤心八幡苑 | 18 特別養護老人ホーム 八幡苑然然 |

施設、拠点等

特別養護老人ホーム	3ヶ所	短期入所生活介護	3ヶ所
通所介護	2ヶ所	地域包括支援センター	2ヶ所
居宅介護支援センター	2ヶ所	認知対応型共同生活介護	2ヶ所
地域密着型特別養護老人ホーム	2ヶ所	小規模多機能型居宅介護	1ヶ所
住宅型有料老人ホーム	1ヶ所		

通所介護契約における個人情報使用同意書

○デイサービスセンター藤心八幡苑が使用する個人情報項目

1. 面接記録・診断書及び通所介護契約書
2. サービス提供票と別表
3. 個人ケース記録・通所介護計画（１）（２）（３）
4. 介護保険証
5. 送迎表
6. その他 写真の掲示：施設内（ ）施設の広報誌（ ）ホームページ（ ）
個人作品の名札（ ）

○上記個人情報の試用期間

介護サービス提供に必要な期間に準じます。

○使用目的

1. 利用者に関わる通所介護計画を立案、サービス提供に係わる時
2. 利用者に円滑なサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議での情報提供時
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、保険者、その他社会福祉団体等の連絡調整の為
4. 利用者の介護サービスの改善と向上の為に主治医の意見や助言を求める時
5. 緊急時や苦情・事故等の連絡、相談、届出時
6. 行政の開催する評価会議
7. 介護保険に係わる審査支払い機関（国民保険連合会）への介護保険給付費請求時
8. 事業所内において行われる学生等の実習への協力
9. その他サービス提供で必要になった時

○使用条件

1. 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に係わる目的以外は決して利用しません。また、上記目的で利用した場合は経過を記録して利用者の請求があれば開示します。
2. 使用期間は契約開始日から契約終了日までですが、契約締結前、終了後においても情報が漏れないよう細心の注意を払います。
3. 法令により契約終了日の５年経過日まで、個人ファイルは保管されますが、５年経過日後は直ちに破棄いたします。

上記記載事項に基づいて、私及び代理人は個人情報を使用、提供、収集することに同意します。

通所介護の変更点について、利用者に対し本書面に基づき重要な事項を説明致しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 千葉県柏市藤心 293-2
名称 社会福祉法人 豊珠会
 デイサービスセンター藤心八幡苑
(事業所番号 1272200484 号)

説明者 生活相談員

氏名 _____

私は本書面により、事業者から変更の説明を受け同意します。

利用者

住所 _____

氏名 _____

代理人 (続柄)

住所 _____

氏名 _____