

株式会社新風会デイサービスセンター翠星重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1)事業所の名称等

- ・ 開設者 株式会社 新風会
- ・ 開設者所在地 愛媛県大洲市徳森字野田 1477 番地 1
- ・ 事業所名称 通所介護・介護予防通所介護に相当する第 1 号通所事業（総合事業）
デイサービスセンター翠星
- ・ 所在地 愛媛県大洲市新谷甲 43 番地 電話：0893-25-5110
- ・ 管理者 塚野 謙治

(2) 運営方針

通所介護及び介護予防通所介護に相当する第 1 号通所事業（以下「総合事業」という。）は、利用者の方が居宅での生活を 1 日でも長く継続できるよう通所介護サービス及び総合事業を提供し、在宅ケアを支援することを目的とした事業です。

この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解をいただいた上でご利用ください。

[デイサービスセンター翠星運営方針]

- ・ 当事業所は、家庭的な環境を重視し、利用者の人権を尊重し、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めるとともに、個別の通所介護計画を立てて通所介護サービス及び総合事業提供を実施し、利用者の心身の状態の維持向上を図れるよう努めるものとします。
- ・ サービス提供にあたっては、利用者及び利用者家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明を行い、適切な介護技術を持ってサービス提供をすることとします。
- ・ 事業の実施にあたっては、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(3)営業日及び営業時間

通所介護サービス及び総合事業の営業時間は次のとおりとします。

- ①年末年始（12 月 30 日～1 月 3 日）及び日曜日を除く毎週月曜日から土曜日までの 6 日間を営業日とします。
- ②営業日の午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までを営業時間とし、サービス提供時間は、午前 9 時 00 分から午後 4 時 40 分までとします。但し、必要な場合は、午後 4 時 40 分から午後 5 時 30 分までの延長サービスを行うものとします。

(4)利用定員

通所介護サービス及び総合事業の利用定員は、30 人とします。

(5)サービスの実施地域

愛媛県大洲市・喜多郡内子町

(6)事業所の職員体制

①管理者 1名（常勤1名）

管理者は、事業所の従業員の総括管理及び指導、業務の管理及び業務を一元的に行います。

②生活相談員 3名（常勤3名）

生活相談員は、サービスの契約及び相談業務を行います。

③看護職員 3名（常勤1名、非常勤2名）

看護職員は、検温、血圧測定等を行うほか、利用者の通所介護計画に基づく看護を行います。

④機能訓練指導員 2名（常勤1名、非常勤1名）

機能訓練指導員は、個別のリハビリ等機能の維持を目的としたリハビリを行います。

⑤介護職員 10名（常勤6名、非常勤4名）

介護職員は、利用者の通所介護計画に基づく介護を行います。

従業者の職種及び 員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤（人）	0	3	0	1	2	4	0
非常勤（人）	0	0	0	2	2	2	0	1

2. サービスの内容

①通所介護計画の立案

②送迎（居宅及び事業所間の送迎）

③健康チェック：体温、血圧測定等の身体チェックを行います。

④食事：昼食の提供を行います（原則として食堂でおとりいただきます）。

昼食 正午～午後1時00分

⑤入浴：入浴介助及び見守りをを行います。

⑥介護（退所時の支援もを行います。）

⑦相談援助サービス：在宅で生活する上での助言等を行います。

⑧機能訓練：身体機能維持のためのリハビリを行います。

⑨レクリエーション：様々な趣味活動を行います。

⑩その他

3. 利用料

(1)サービス基本料金

①通所介護サービス

所要時間 (1回あたり)	要介護度	基本利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,700 円	370 円	740 円	1,110 円
	要介護2	4,230 円	423 円	846 円	1,269 円
	要介護3	4,790 円	479 円	958 円	1,437 円
	要介護4	5,330 円	533 円	1,066 円	1,599 円
	要介護5	5,880 円	588 円	1,176 円	1,764 円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,880 円	388 円	776 円	1,164 円
	要介護2	4,440 円	444 円	888 円	1,332 円
	要介護3	5,020 円	502 円	1,004 円	1,506 円
	要介護4	5,600 円	560 円	1,120 円	1,680 円
	要介護5	6,170 円	617 円	1,234 円	1,851 円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,700 円	570 円	1,140 円	1,710 円
	要介護2	6,730 円	673 円	1,346 円	2,019 円
	要介護3	7,770 円	777 円	1,554 円	2,331 円
	要介護4	8,880 円	880 円	1,760 円	2,640 円
	要介護5	9,840 円	984 円	1,968 円	2,952 円
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,840 円	584 円	1,168 円	1,752 円
	要介護2	6,890 円	689 円	1,378 円	2,067 円
	要介護3	7,960 円	796 円	1,592 円	2,388 円
	要介護4	9,010 円	901 円	1,802 円	2,703 円
	要介護5	10,080 円	1,008 円	2,016 円	3,024 円
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,580 円	658 円	1,316 円	1,974 円
	要介護2	7,770 円	777 円	1,554 円	2,331 円
	要介護3	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円
	要介護4	10,230 円	1,023 円	2,046 円	3,069 円
	要介護5	11,480 円	1,148 円	2,296 円	3,444 円
8時間以上 9時間未満	要介護1	6,690 円	669 円	1,338 円	2,007 円
	要介護2	7,910 円	791 円	1,582 円	2,373 円
	要介護3	9,150 円	915 円	1,830 円	2,745 円
	要介護4	10,410 円	1,041 円	2,082 円	3,123 円
	要介護5	11,680 円	1,168 円	2,336 円	3,504 円

※通所介護計画において下記のサービスを行うこととなっている場合には、上記利用料（通所介護利用者負担額）に下記サービス料（利用者負担額）が加算されます。

加算料金【通所介護サービス】

加算の種類	基本料金	1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算Ⅰ(1 日につき)	400 円	40 円/日	80 円/日	120 円/日
科学的介護推進体制加算(1 月につき)	400 円	40 円/月	80 円/月	120 円/月
若年性認知症利用者受入加算 (1 日につき) 要介護 1～5	600 円	60 円/日	120 円/日	180 円/日
介護職員等処遇改善加算Ⅱ(1 月につき)	(基本利用料+加算・減算料金) × 9.0%			

②ー1 介護予防通所介護に相当する第 1 号通所事業 (大洲市：総合事業)

要介護度	回数	基本利用料	利用者負担 (1 割)	利用者負担 (2 割)	利用者負担 (3 割)
要支援 1 事業対象者	1 月に 3 回まで (回数払い)	3,800円/回	380円	760円	1,140円
要支援 2 ※事業対象者	1 月に 7 回まで (回数払い)	3,910円/回	391円	782円	1,173円
要支援 1 事業対象者	1 月に 4 回以上 (包括払い)	17,980円/月	1,798円	3,596円	5,394円
要支援 2 ※事業対象者	1 月に 8 回以上 (包括払い)	36,210円/月	3,621円	7,242円	10,863円

※事業対象者要支援 2 の区分の利用に関しては、大洲市の確認が必要になります。

加算料金【第 1 号通所事業 (大洲市：総合事業)】

加算の種類	基本料金	1 割負担	2 割負担	3 割負担
科学的介護推進体制加算(1 月につき)	400 円	40 円/月	80 円/月	120 円/月
若年性認知症利用者受入加算 要支援 1～2	2,400 円	240 円/月	480 円/月	720 円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ(1 月につき)	(基本利用料+加算・減算料金) × 9.0%			

②ー2 介護予防通所介護に相当する第1号通所事業（内子町：総合事業）

要介護度	回数	基本利用料	利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）	利用者負担 （3割）
要支援1 事業対象者	1月につき （包括払い）	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2 ※事業対象者	1月につき （包括払い）	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

※事業対象者要支援2の区分の利用に関しては、内子町の確認が必要になります。

※月の中途におけるサービス利用開始については日割り計算になります。

加算料金【第1号通所事業（内子町：総合事業）】

加算の種類	基本料金	1割負担	2割負担	3割負担
科学的介護推進体制加算(1月につき)	400円	40円/月	80円/月	120円/月
若年性認知症利用者受入加算 要支援1～2	2,400円	240円/月	480円/月	720円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ(1月につき)	（基本利用料+加算・減算料金）×9.0%			

減算料金【同一建物減算】

ご契約者様が通所介護サービス及び介護予防通所介護に相当する第1号通所事業(総合事業)と同一建物に居住されていた場合、以下の通り減算されます。

要介護度	基本利用料	利用者負担（1割）	利用者負担（2割）	利用者負担（3割）
要介護1～要介護5	－940円	－94円	－188円	－282円
事業対象者・要支援1	－3,760円	－376円	－752円	－1,128円
事業対象者・要支援2	－7,520円	－752円	－1,504円	－2,256円

(2)利用料

①食費（昼食費） 690 円

事業所で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

②おむつ代：紙おむつ 1 枚 60 円

尿取りパット 1 枚 50 円

リハビリパンツ 1 枚 180 円

※利用者の身体の状態により、おむつの利用が必要な場合は、事業所で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

③サービス実施地域外送迎費

通常のサービス実施地域をこえた送迎の料金は、実施地域をこえた地点から 1 km 毎に 20 円を徴収させていただきます。

④レクリエーション費 実 費

4. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・協力医療機関 名称 神南診療所
住所 愛媛県大洲市新谷乙 1186 番地 1

5. 事故発生時の対応

サービス提供等により、事故が発生した場合は、利用者に対し必要な措置を講じ、又医療的な対応が必要と判断された場合は、協力医療機関や専門医療機関での診療を依頼します。事故事実関係の調査、措置方法、改善措置を利用者の家族等及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに対応します。

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

6. 非常災害対策

- ①事業所は、消防計画等の防災計画に基づき、年に 2 回以上、避難・救出訓練を行います。
- ②消防災害設備は、契約保守業者により常に有効に保持するよう設備点検を行います。
- ③防火管理者は、施設職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。

7. 事業所利用にあたっての留意事項

- ①飲酒、喫煙は原則禁止とします。
- ②設備、備品等は、事業所の許可を得てからご利用ください。
- ③所持品、備品等の持ち込みは、必要最小限でお願いします。また、所持品等には名前を必ずつけてください。
- ④金銭・貴重品の管理は、原則扶養者でお願いします。
- ⑤ペットの持ち込みは、禁止します。
- ⑥利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止します。
- ⑦他利用者への迷惑行為は禁止します。

8. 要望及び苦情等の相談

要望や苦情などは、事業所管理者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、所定の位置に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、お申出いただくこともできます。

<苦情受付窓口>

デイサービスセンター翠星
センター長 塚野 謙治

受付時間 月～土 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
電話：(0893) 25-5110 FAX：(0893) 25-5109

※ただし、年末年始を除く。

㈱新風会 地域包括介護部

受付時間 月～金 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
電話：(0893) 25-6132 FAX：(0893) 25-3805

愛媛県国民健康保険団体連合会
介護・事業課

受付時間 月～金 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
電話：(089) 968-8700 FAX：(089) 968-8717

※ただし、祝日及び年末年始を除く。

大洲市 高齢福祉課

受付時間 月～金 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
電話：(0893) 24-2111 FAX：(0893) 24-0961

内子町 保健福祉課

受付時間 月～金 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
電話：(0893) 44-6154 FAX：(0893) 44-4116

9. 第三者による評価の実施状況

【実施】 なし
【結果の開示】 なし

10. その他

当事業所についての詳細は担当者にお問い合わせください。

**株式会社新風会デイサービスセンター翠星 通所介護及び
介護予防通所介護に相当する第1号通所事業（総合事業）利用同意書**

株式会社 新風会
代表取締役 清水 英範 様

株式会社新風会デイサービスセンター翠星の通所介護サービス及び総合事業を利用するにあたり、利用契約及び別紙1を受領し、これらの内容に関し、担当者の説明を受け、これらを十分に理解した上で個人情報の利用を含め同意いたします。

【ご契約日】

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

⑩

<代理人>

住 所

氏 名

⑩

(利用者との続柄：)

契約内容説明者

説明者職名

説明者署名

⑩

【サービス開始日】 令和 年 月 日

【本契約第5条第2項の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

【本契約第9条第2項緊急時及び第10条第3項事故発生時の連絡先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	