

重要事項説明書

あなたに対する第1号通所事業サービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 三幸福社会
主たる事務所の所在地	〒674-0051 兵庫県明石市大久保町大窪 3 1 0 4 - 1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理 事 長 池 田 ひ と み
電話番号	(0 7 8) 9 3 4 - 0 8 0 0

2. ご利用の事業所

事業所の 名称・所在地・電話番号	第1号通所事業 清華苑デイサービスセンター 〒674-0051 兵庫県明石市大久保町大窪 3 1 0 4 -1 TEL (078)934-0801 FAX (078)934-0830
都道府県知事許可番号	2 8 7 2 0 0 0 3 9 9
管理者の氏名	施 設 長 岩 西 太 一
電話番号	(0 7 8) 9 3 4 - 0 8 0 1
ファクシミリ番号	(0 7 8) 9 3 4 - 0 8 3 0

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	・ご利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持もしくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、予防専門通所型サービスを提供します。
運営の方針	・地域の利用者の方々との出会いを大切に、「ここに来れば安心だ」と思ってもらえるような施設を目指しています。 ・私たちの提供するのは、「生きていてよかった」とほんの一瞬でも頬を緩めていただけるようなサービスです。 ・そのサービスは、「ごく当たり前のことを当たり前に」提供することです。決して、「いんぎんな」ものでも「ぞんざいな」ものでも「なれなれしい」ものでもありません。一人ひとりの職員の心暖かい気持ちを表現するものです。 ・利用者が困っておられるときには素早く対応し、利用者が希望されないことは押し付けません。その方にとっての「普通の生活」を実現しようと努力し、地域の信頼と安心をお届けするのが私たちのサービスです。

4. 営業日および営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土曜日（除：12月30日～1月3日）
営業時間	9時 ～ 17時（ご利用時間は9時20分～16時35分）

5. 通常の実施地域

明石市全区域。

6. 施設設備（通所介護サービスと共用）

食堂及び機能訓練室	87.3 m ³
静養室	9.9 m ³
相談室	28 m ³
浴室	一般浴槽・特殊浴槽
送迎車	専用車4台
利用定員	17名

7. 職員の体制（地域密着型通所介護サービスと兼務）

従業員の職種	員数	職務の内容	保有資格
施設長 (特別養護老人ホーム清華苑と兼務)	1名	従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。また法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	
生活相談員	2名以上	利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導や介護に関する相談及び援助などを行います。	社会福祉士又は社会福祉主事、介護福祉士
介護職員	基準の人員以上	介護計画に基づき、利用者の心身に応じた日常生活上の世話を適切に行います。	介護福祉士など
看護職員	基準の人員以上	利用者の心身の状況等の把握及び利用者の健康管理や静養のための必要な措置を行います。	看護師又は准看護師

機能訓練 指導員	1名以上	介護計画に基づき、その利用者が可能な限り、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。	看護師または理学療法士など
管理栄養士	1名以上	適切な栄養管理及び栄養改善サービスの提供を行います。	管理栄養士
調理員	基準の 人員以上	利用者に提供する食事の調理を行います。	調理師など
事務員	1名以上	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	

8. サービスの内容

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として介護負担割合証に記載の割合となります。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

また、あなたがまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただき、要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻される償還払いになる場合がございます。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も同様（償還払い）となります。償還払いとなる場合、あなたが保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

予防専門型通所サービス 清華苑デイサービスセンター

サービスの種別	内 容
送 迎	・リスト付特殊送迎車などで、ご利用者の自宅～施設まで送迎をします。
食 事	◎食事時間 ・昼 食 12時～ ・おやつ 15時～ ◎その他 ・提供する食事は、管理栄養士の管理のもと、ご利用者の嗜好及び栄養を考慮し、当事業所内の調理室において職員が調理して提供します。
入 浴	・一般浴槽と特殊浴槽の設備があり、ご利用者の「予防専門通所型サービス計画」に基づいて、いずれの設備も利用可能です。
レクリエーション	・室内レクリエーション、室外レクリエーション、外出行事など
健康チェック管理	・問診（一般状態の観察）、バイタルサインチェック、体重測定、健康相談、医療機関との連携
生活相談	・ご利用者とそのご家族からの生活相談に応じます。何なりとご相談ください。
口腔機能向上 サービス	・口腔機能の低下しているご利用者、又はその恐れがあるご利用者に対して、看護師等が口腔機能改善の為の計画を作成し、サービスを実施して、口腔機能の改善に努めます。
運動器機能向上 サービス	・運動器機能向上計画を策定、これに基づきサービスを提供します。

9. 利用料金

(1) 利用料

(単位：円)

サービスの利用区分	予防専門Ⅰ (週 1 回程度の利用)	予防専門Ⅱ (週 2 回程度の利用)
1. サービス利用に係 わる <u>自己負担額</u> <u>(1割)</u>	4 3 6 円／回	4 4 7 円／回
2. サービス利用に係 わる <u>自己負担額</u> <u>(2割)</u>	8 7 2 円／回	8 9 4 円／回
3. サービス利用に係 わる <u>自己負担額</u> <u>(3割)</u>	1, 3 0 8 円／回	1, 3 4 1 円／回

(2) 利用料

(単位：円)

サービスの利用区分	予防専門Ⅰ (月 4 回超の利用)	予防専門Ⅱ (月 8 回超の利用)
1. サービス利用に係 わる <u>自己負担額</u> <u>(1割)</u>	1, 7 9 8 円／月	3, 6 2 1 円／月
2. サービス利用に係 わる <u>自己負担額</u> <u>(2割)</u>	3, 5 9 6 円／月	7, 2 4 2 円／月
3. サービス利用に係 わる <u>自己負担額</u> <u>(3割)</u>	5, 3 9 4 円／月	1 0, 8 6 3 円／月

※送迎費、入浴費は上記に含まれています。但し、同一建物から通う者に対し、

1 月につき、事業対象者・要支援 1 の方は、3, 8 6 1 円（自己負担額：3 8 7

円)、事業対象者・要支援2の方は、7,723円(自己負担額:773円)を減じた額とする。

■加算対象サービス

・若年性認知症受入加算、サービス提供体制加算等 (単位:円)

	若年性認知症受入加算	生活機能向上連携加算ⅡⅠ
・サービス利用に係わる自己負担額 (自己負担額2割) 【自己負担額3割】	247 (493) 【740】	206 (411) 【617】

	口腔機能向上連携加算Ⅰ	サービス提供体制加算(Ⅰ)1	
・サービス利用に係わる自己負担額 (自己負担額2割) 【自己負担額3割】	154 (308) 【462】	予防専門Ⅰ	予防専門Ⅱ
		91 (181) 【271】	181 (362) 【543】

「介護職員等処遇改善加算」

介護職員の処遇改善と更なる資質向上の取り組み、雇用管理の改善や労働環境の改善を進める事業所に対して、1月につき総単位数(所定単位数)の9.2%が介護職員等処遇改善加算として算定されます。

科学的介護推進体制加算の算定について

令和6年6月1日より算定 42円/月

(3) 介護保険の給付対象とならない利用料金

①昼食の食費（含：おやつ代１００円）：１食あたり、７００円

②レクリエーション代、外出などにかかる費用は、別途実費を負担していただきます

（４）サービスの中止（キャンセル料）

ご利用者の都合でサービスを中止する場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

ご利用日の前営業日の午後５時までにご連絡を いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日の午後５時までにご連絡を いただかなかった場合	食費の１００％ (６２０円)

１０．利用者負担金の支払い

当事業所は、ご利用者が指定する送付先に対し、当該月の料金の合計額の請求書及び明細書を、その翌月の１５日までに送付します。ご利用者は、当事業所に対し、当該月の料金の合計額をその翌月の２７日までにお支払いください。なお、支払い方法は、双方が合意した方法によります。

１１．身体的拘束等の禁止

- ・事業所はサービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等その他利用者の行動を制限する行為は行いません。また身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

12. 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ます。
 - (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。
- ・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します。

13. 業務継続計画の策定等

- ・事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- ・事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ・事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14. 認知症への対応力向上に向けた取り組み

- ・事業所は、全ての介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

15. 苦情等申立窓口

- ・当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情がございましたら、営業時間内に当施設ご利用相談室（窓口担当者の生活相談員 藤原亮太又は施設長 岩西太一、電話078-934-0801）までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

◎介護保険制度・居宅支援事業・サービス提供に関する相談窓口一覧

（1）清華苑デイサービスセンターの相談窓口

清華苑デイサービスセンター	苦情受付責任者 岩西 太一（施設長） 苦情受付担当者 藤原 亮太（生活相談員）
所在地	〒674-0051 明石市大久保町大窪3104-1
連絡先電話番号	電話 078（934）0801 FAX 078（934）0830

（2）介護保険制度全般に関する相談窓口

兵庫県国民健康	〒650-0021	電話
---------	-----------	----

保険団体連合会	神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1 - 1 8 0 1 号	0 7 8 (3 3 2) 5 6 1 7
---------	-------------------------------------	-------------------------

(3) 福祉サービスに関する苦情相談窓口

兵庫県福祉サービス運営適正化委員会	〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2 丁目 1-18 兵庫県福祉センター内	電話 0 7 8 (2 4 2) 6 8 6 8
-------------------	--	-------------------------------

(4) 明石市在住の利用者の方の介護保険相談窓口

明石市福祉局 高齢者総合支援 室（介護保険）	〒673-8686 明石市中崎 1 丁目 5 番 1 号 明石市役所本庁舎 2 階	電話 0 7 8 (9 1 8) 5 0 9 1
------------------------------	---	-------------------------------

明石市福祉局 福祉施設安全課	〒673-8686 明石市中崎 1 丁目 5 番 1 号 明石市役所本庁舎 2 階	電話 0 7 8 (9 1 8) 5 2 7 9
-------------------	---	-------------------------------

(5) その他の市区町村の方

※お住まいの地域の市町村役所の介護保険窓口で相談が出来ます。

16. 緊急時の対応方法

- ・サービスの提供中に、ご利用者の体調の急変等があった場合は、ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。または、必要に応じて、速やかに主治の医師に連絡を取る（事前に主治の医師の申し出がある場合）か、当施設の協力医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるようにします。

17. 重要事項の変更

- ・介護報酬等変更があった場合、その内容を利用者やその家族に説明し、利用者やその家族に同意を得て、契約を継続とします。

私は、本書面に基づいて、貴事業所の職員（生活相談員：藤原 亮太 ）
から、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

（利用者）

住 所

氏 名

（代理人）

私は、下記の理由により、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり
上記署名を行いました。

利用者との関係

〒 番 号

住 所

氏 名

電話番号

携帯番号

ファックス

署名を代行した理由

令和6年4月1日改訂