

第1号通所事業概要及び重要事項

(介護予防通所介護相当サービス 令和6年6月1日現在)

1 当事業所が提供するサービスの相談連絡先

電話 0476-80-2801 (8:30~午後5:30)

2 事業所の概要

(1) 施設名及び事業の概要

施設名	栄白翠園デイサービスセンター	管理者	鈴木 敬一郎
所在地	印旛郡栄町酒直1335番地		
事業種別	第1号通所事業 (介護保険指定番号: 千葉県知事指定1274400074)		
当サービスの基準	第1号通所事業 (介護予防通所介護相当)		
サービスを提供する地域	原則、栄町・成田市・印西市にお住まいの方		

(2) 事業所の職員体制

職種	資格	常勤	非常勤	計	主な事業内容
管理者	社会福祉士 精神保健福祉士 介護支援専門員	1名 (1)		1名(1)	事業所業務の統括
生活相談員	介護福祉士	1名 (0)	2名 (1)	3名(1)	利用に関する手続き及び手続きに付随する業務、生活相談及び身上調査に関する業務、第1号通所サービス (介護予防通所介護相当) 計画に関する業務、請求業務
事務職員		1名 (0)	1名(0)	2名(0)	庶務及び会計業務
栄養士	管理栄養士	1名 (0)		1名(0)	献立作成、栄養量計算及び調理業務指導
看護職員	看護師	1名 (0)	1名(0)	2名(0)	利用者の看護、機能回復訓練及び保健衛生業務
介護職員	介護福祉士 ホームヘルパー2級	0名	9名(0)	9名(0)	利用者の介護及び介護に付随する業務

() 内は、男性再掲

(3) 事業所の規模・設備等の概要

規 模	利用定員：月～土 25名				
食 堂	1室	送迎車両	5台	機能回復訓練室	1室
静 養 室	1室	浴 室	個室・一般浴・特別浴室（チェアバス）		
機能回復訓練室	1室	その他の室及び設備	事務室・洗濯室・エレベーター等		

(4) 営業日、営業時間及び定休日

営業日	月曜日から土曜日まで
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時45分まで ※ 送迎時間時間帯：午後8時30分から午後5時30分まで
定休日	日曜日 特別養護老人ホーム栄白翠園が敬老会を行う日 1月1日から1月3日まで

3 サービス内容

(1) 第1号通所サービス（介護予防通所介護相当）計画の作成

利用者又はその家族等の同意のもとに第1号通所サービス（介護予防通所介護相当）計画（以下、「サービス計画」といいます。）を作成し、機能訓練等の利用者の日常生活に必要な援助を行い、その結果を記録します。

(2) 生活相談

- ①利用者及び家族等からの相談に応じ、必要関係機関等と協力を図ります。
- ②地域包括支援センター又は地域支援センターに委託された介護支援専門員（以下「地域包括支援センター」といいます。）や他のサービス事業者との連携を図り、利用者への適切な援助を行います。
- ③地域包括センターが作成する「介護予防サービス・支援計画」に基づき、利用者の個性・自立支援のあり方を尊重したサービス計画を作成します。

(3) 介護

- ①サービス計画に基づき、利用者のニーズを尊重した介護を提供します。
- ②利用者の心身の状況に応じた、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- ③主な介護の内容は次のとおりとし、その利用の状況を記録して家族に伝えます。
入浴、排泄、移動などの介助。送迎中の介助。レク、手工芸などの介助、見守り
- ④緊急やむを得ない場合を除き利用者の身体的拘束及びその他の行動を制限する行為を行いません。
- ⑤前項の身体的拘束を行う場合には、その際の様子、時間、心身の状況及び緊急やむを得ない理由を記録します。

⑥人権の擁護、虐待防止等に関する責任者の選定及び指針等必要な体制を整備し、虐待防止委員会の開催等にて虐待の防止を図ります。

(4) 入 浴

- ①一般浴・特別浴（チェアバス）の形態別入浴を、すべての営業日に実施します。
- ②入浴にあたっては、利用者の残存機能に応じて介助し、安全に入浴できるよう配慮します。

(5) 送 迎

- ①送迎車両への移乗動作の介助、運転中の見守り等必要な援助を提供します。
- ②原則として、玄関までお迎えに伺い、玄関までお送りしますが、利用者及び家族の状況によりさらに援助が必要な場合は、別途協議させていただきます。

(6) 食 事

- ①利用者の栄養、身体状況、嗜好、時季等を考慮し、適切な時間に提供します。
- ②代替食が必要な方は、別途協議させていただきます。

(7) 口腔機能向上サービス（選択サービス）

- ①利用者の口腔清拭、摂食、嚥下機能維持、向上等を目的として看護職員等により、利用者の口腔機能の状態に応じて、個別に口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用者又はご家族に説明し、同意を得ます。
- ②口腔機能改善管理指導計画に基づき個別に実施し、これを定期的に記録、評価します。

(8) 栄養改善サービス（選択サービス）

- ①利用者の栄養状態、摂食、嚥下機能等の改善を目的として管理栄養士等により個別に栄養ケア計画を作成し、利用者又はご家族に説明し同意を得ます。
- ②栄養ケア計画に基づき個別に実施し、これを定期的に記録、評価します。

(9) レクリエーション

利用者同士の交流、仲間づくりを大切にし、季節感溢れるリサイクル工芸及び手芸、ゲーム及び体操等を実施します

4 利用料金

(1) 介護保険対象サービス

- ① 地域区分単価：10,450円/単位
- ② 介護サービス費

(法定代理受領サービスである場合の厚生労働大臣が定める基準額の1割～3割負担分)

	1月あたりの単位
要支援1	1,798単位/月
要支援2	3,621単位/月

※月ごとの定額制となっておりますが、月の途中から利用を開始した月の途中で終了した場合は、原則として、日割り計算を行います。

- 一 月途中から利用を開始、または終了した場合
- 二 月途中に要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- 四 介護予防短期入所生活介護を利用した場合

③ 加算料金

加算	サービス単位	内容
口腔機能向上加算	(Ⅰ) 150単位/月 (Ⅱ) 160単位/月	(Ⅰ)看護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し実施した場合(原則3ヶ月・月2回限度) (Ⅱ)上記に加え口腔機能改善管理計画などの情報を厚労省に提出および必要に応じて情報を活用した場合(原則3ヶ月・月2回限度)
栄養改善加算	200単位/月	管理栄養士等が栄養ケア計画を作成、実施し必要に応じて居宅を訪問した場合(原則3ヶ月・月2回限度)
栄養アセスメント加算	50単位/月	管理栄養士を1名配置し多職種共同にて栄養アセスメントを実施し厚労省に提出および必要に応じて情報を活用した場合
一体的サービス提供加算	I) 480単位/月	栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスを実施し、いずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。 また栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していない場合
生活機能向上グループ活動加算	100単位/月	生活機能向上を目的として実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合※同月中に運動器・口腔・栄養のいずれかを算定した場合、生活機能向上グループ加算は算定しません
科学的介護推進体制加算	40単位/月	利用者の心身の状況など基本的な情報を厚労省に提出し必要に応じてフィードバック情報を活用

サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	週 1 回程度の利用 88 単位/月 週 2 回程度の利用 176 単位/月	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 70%以上または介護職員の総数のうち、勤続 10 年以上の職員の占める割合が 25%以上配置
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	週 1 回程度の利用 72 単位/月 週 2 回程度の利用 144 単位/月	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上配置
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	週 1 回程度の利用 48 単位/月 週 2 回程度の利用 96 単位/月	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 40%以上または介護職員の総数のうち、勤続 7 年以上の職員の割合が 30%以上
事業所評価加算	120 単位/月	一定評価期間内に利用者の要支援状態の維持、改善の割合が一定以上となった場合 ※事業所評価加算は改善等の割合により、その都度変更となる場合がある。
若年性認知症利用者 受入加算		若年性認知症利用者に対して、サービスを行った場合
処遇改善加算	I) 一ヶ月の合計単位数の 9.2%/月 II) 一ヶ月の合計単位数の 9.0%/月 III) 一ヶ月の合計単位数の 8.0%/月 IV) 一ヶ月の合計単位数の 6.4%/月	介護職員の処遇に関する計画を策定するなどのキャリアパス、月額賃金の改善、職場環境改善などの要件を満たしている場合

(2) 介護保険給付対象外サービスの料金

- ① 食事等の提供に要する費用（食事材料費及び調理費）
食事の提供に係る費用として、800円（おやつ代220円含む）がかかります。
- ② 特別企画に関する費用
行事食、おやつ作り等に係る費用として、実費相当分をご負担頂きます。

- ③ 事業者が特別に定める教養娯楽設備等提供及びレクリエーション費
ご参加頂いたレクリエーション等の内容により、原材料費をご負担して頂
きます。
- ④ 事業者が提供する以外の費用
理美容をご希望される場合は、実費相当分をご負担頂きます。
※事前の予約が必要になります。
- ⑤ その他
営業地域以外の送迎費用に関しては、以下の通り別途料金とさせていただきます。
実施地域を越えた地点から、片道10km未満 300円（消費税別）。
以降10kmを越えることに200円（消費税別）。

(3) キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合は、次の通り取り扱いさせていただきます。

利用予定日の前日午後5時までに利用中止 のご連絡を頂いた場合	無料
利用予定日の前日午後5時までに利用中止 のご連絡を頂かなかった場合	800円（食事材料費及び調理費）をご負 担いただきます。

(4) 通常の営業地域以外の方のご利用

あらかじめご相談ください。

(5) サービス提供時間外のご利用

原則として、サービス時間外のご利用はできません。緊急かつやむを得ない場
合はご相談下さい。

(6) 利用料金のお支払い方法

- ①ご利用月の翌月15日までに前月分の請求書を発送させていただきますので
その月の26日まで(土日祝日の場合はその次の平日まで)にお支払い下さい。
お支払い確認後、領収書を発行いたします。
- ②お支払い方法は、「口座自動振替」(京葉銀行カード集金代行サービス)を原則
とさせていただきます。それ以外のお支払い方法は別途協議させていただきます。
- ③お支払い方法については、契約書別紙に記載させていただきます。

5 デイサービスの利用方法

(1) 栄白翠園の利用が決定し、実際に利用が始まるまで

- ①必要に応じ、診断書などを提出して頂く場合があります。
- ②サービス提供内容確認のため、面接に伺います。
- ③地域包括支援センターが作成する介護予防サービス・支援計画に沿って、サービス計画を作成します。
- ④利用者及び地域包括センターに、第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の利用を開始することを伝えます。

(2) 利用日当日

- ①ご家族で、利用者の体温を計るとともに健康状態の確認を行って下さい。
- ②健康等に異常がある時は、8時20分頃までに利用中止の連絡をして下さい。
- ③利用可能な状態である場合は、「連絡帳」に必要事項を記入し、着替え等の持参品を準備して下さい。
- ④迎えは、概ね8時40分から9時20分の間に伺います。家族状況等により迎えの時間を指定する場合は、別途協議させていただきます。
- ⑤事業所に到着後は健康チェックを行いサービス計画、に沿った内容でお過ごしいただきます。
- ⑥送りは、概ね午後4時45分頃事業所を出発し、ご自宅へお送りします。家族状況により送りの時間指定を要する場合は、別途協議させていただきます。
- ⑦その日に行った内容は、連絡帳に記載します。次回利用日までに、確認の捺印をお願いします。

(3) サービスにあたっての留意事項

①連絡先の確認

サービス利用中の急変や事故等のため、ご家族の連絡先を把握しておく必要があります。必ず連絡が取れるよう連絡先は2ヶ所以上お知らせいただくことを原則とし1ヶ所のみ場合は必ず連絡が取れるよう連絡先は2箇所以上を原則とし、1箇所の場合は速やかに連絡が取れるようご配慮をお願いします。

②臨時休業

ア 緊急時や悪天候等により、やむを得ず休業する場合があります。

イ 栄白翠園の都合により、やむを得ず休業する場合は、相当な期間前に連絡いたします。

③サービス利用の制限及び中止

ア 他の利用者等に多大な迷惑を及ぼすと判断される場合は、サービス提供をお断りする事があります。

イ 次の場合には、全部又は一部のサービス提供をお断りする事があります。

- 一 感染症その他の疾病の状況により、サービス利用が困難と判断した場合
- 二 医療処置が必要な外傷等がある場合
- 三 疾病等が治癒していない場合。
- 四 来園時、看護職員による健康チェックの結果、サービス利用が困難と判断された場合
- 五 利用中に、サービス利用が困難となる程度に体調が悪化した場合

④利用の再開

前項③の理由によりデイサービス利用を制限又は中止となった場合は、栄白翠園看護職員の指示により、サービス利用を可とする診断書又は入浴許可診断書を提出して頂く場合があります。

⑤時間変更

緊急時や悪天候等により、やむを得ず送迎時間や利用時間を変更させていただく場合があります。

⑥連絡帳

- ア 利用日には、必要事項を記入の上ご持参下さい。
- イ 施設では、提供したサービスの内容等（健康状態、送迎の状況、入浴、食事の有無等）を記入します。
- ウ 利用者は、毎回利用したサービスを確認し、「確認印」を押して下さい。

⑦サービス利用票との照合

連絡帳に記載されているその日のサービス内容と「サービス利用票」を照合し、変更があった場合は変更内容を記載して下さい。

⑧飲食物の持ち込み及び持ち帰り

原則として、飲食物の持ち込み及び持ち帰りは禁止とさせていただきます。特に必要とされる方は事前に協議させていただきます。

⑨物品の販売、受け渡し及び交換

原則として、物品の販売、受け渡し及び交換は禁止とさせていただきます。

⑩貴重品の持参

原則として、現金、高価な貴金属等の貴重品の持参は禁止とさせていただきます。尚、ご持参された場合は紛失されても当園では責任を負いかねます。

⑪持ち物への記名

衣類その他のご持参される全ての持ち物には氏名の記名をお願いします。ご自身で作業が困難な方はお申し出下さい

。

⑫準備品

次のものをご準備下さい。

ア 介護保険被保険者証のコピー

※有効期限が過ぎましたら再提出をお願いします。

イ 上履き（バレーシューズ等かかとのある安全性の高いもの）

ウ 連絡帳

エ 昼薬（当日分）

オ 下着の予備（必要に応じて紙パンツ類）

カ 入浴後の着替え（必要とされる方）

キ バスタオル

ク ビニール袋（濡れたものを入れる）

ケ 口腔ケアセット（歯ブラシ、コップ）

コ 髭剃り（当日、ご希望の方。電気髭剃り）

⑬設備及び器具等の利用

機能回復訓練室の使用、機能回復訓練設備、入浴設備、食事用器具計器、体重計その他の設備及び備品等の利用は職員の指示に従い又は立会いの上、使用するものとします。

⑭広報誌

デイサービス独自の広報誌を作成し、月1回発行します。その際、顔写真等が掲載される場合がございますのでご了承下さい。

6. 栄白翠園のサービスの特徴

（1）運営の方針

利用者の人権を尊重し、処遇実践方針を踏まえた運営を行います。

I 人の痛みを自分の痛みとする実践

II 誇らない実践

III 騒がしくない実践

IV さわやかな実践

V 豊かな出会いの実践

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性職員の有無	有	
従業員への研修	有	①内部、外部への研修に積極的に参加します。 ②採用時及び採用後の継続研修を実施します

7. 事故発生時及び緊急時の対応

利用者に事故及び容態急変等の緊急事態が発生した場合には、ご家族に速やかに連絡するとともに、利用者の主治医へ連絡する他、協力病院（佐倉中央病院）への対応又は救急隊の措置による医療機関への対応等を行います。また、地域包括支援センターへ連絡するとともに、必要に応じ県及び市町村への報告を行います。

8. 損害の賠償

契約書に定めます。

9. 非常災害対策

①防災時の対応

防災設備

- ・スプリンクラー設備
- ・屋内消火栓（1階1基、2階1基）
- ・緊急通報装置1基

②防災訓練

- ・年2回の避難訓練を含む、防災訓練を毎月実施

10. 衛生管理等

契約書に定めます。

11. 苦情処理

- (1) 事業所毎に苦情担当者、苦情処理責任者を設置しております。
- (2) 苦情受付担当者、苦情処理責任者及び第三者委員で構成された「苦情処理委員会」を年2回開催しております。
- (3) その他
各市町村に窓口が設置されている他、千葉県社会福祉協議会に設置された「運営適正化委員会」にも窓口があります。
- (4) ①当施設ご利用者相談・苦情担当

通所介護事業所 生活相談員

電話 0476-80-2801

(5) 各市町村の介護保険課等

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| ①栄町健康介護課介護総務班 | 電話 0476-33-7709 |
| ②成田市福祉部介護保険課 | 電話 0476-20-1545 |
| ③印西市健康福祉部介護福祉課介護保険班 | 電話 0476-42-5111 |
| ④千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係 | 電話.043-254-7428 |

12. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人誠友会	
代表者役職・氏名	理事長 竹内 淳	
定款の目的に定めた事業	1. 特別養護老人ホーム設置運営 2. 老人デイサービス事業 3. 老人短期入所事業 4. 老人介護支援センター事業 5. 老人居宅介護等事業 6. 保育事業	
施設・拠点等	介護老人福祉施設	3カ所
	短期入所生活介護	2カ所
	通所介護	3カ所
	在宅介護支援センター	1カ所
	地域包括センター	1カ所
	(内、居宅介護支援事業者 2カ所)	

13. その他

当重要事項の説明に関し、ご不明な点がございましたらいつでもお問い合わせ下さい。

令和 年 月 日

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業者 所在地 印旛郡栄町酒直1335番地

名 称 栄白翠園デイサービスセンター 印

説明者氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から第1号通所事業（介護予防通所介護相当）についての重要事項の説明を受けました。

〔説明日〕 令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

（利用者に代わって契約を締結する者）利用者との関係

住 所

氏 名 印