

第1号通所事業重要事項説明書

(介護予防通所介護相当サービス)

1 事業所が提供するサービスの相談連絡先

電話 043-484-8990 (午前8時から午後5時30分)

2 事業所の概要

(1) 施設名及び事業の概要

施設名	佐倉白翠園デイサービスセンター	管理者	安宅 香織
所在地	千葉県佐倉市岩名1011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1271700153)		
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	佐倉市 酒々井町の全域にお住まいの方 印西市旧印旛村地区 成田市公津地区 四街道市千代田地区にお住まいの方		

(2) 事業所の職員体制

職種	資格	常勤・非常勤の別		計	主な業務内容
		常勤	非常勤		
管理者	社会福祉主事	1名(0)		1名(0)	事業所業務の統括
生活相談員	社会福祉士	0名(0)		0名(0)	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
	介護福祉士	2名(1)		2名(1)	
事務員		3名(0)	1名(0)	4名(0)	庶務及び会計業務
栄養士	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	看護師及び准看護師		3名(0)	3名(0)	利用者の看護、機能回復訓練及び保健衛生業務
機能訓練指導員	看護師及び准看護師		3名(0)	3名(0)	利用者の機能回復訓練の計画作成及び実施指導
介護職員	介護福祉士	1名(0)	5名(0)	6名(0)	利用者の介護及び介護に付随する業務
	その他	0名(0)	3名(0)	3名(0)	

※ () 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:月曜~土曜日 25名			
食堂	1室	送迎車両	6台	
静養室	1室	浴室	一般浴室 特別浴室(チェアバス)	
相談室	1室	その他の室及び設備	事務室 洗濯室 エレベーター等	
機能回復訓練室	1室			

(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00分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時15分から午後4時30分まで ※ 送迎時間時間帯：午前8時10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佐倉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 地域包括支援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ご家族に伝えます。
入浴、排泄、移動等の介助。車両運行中の介助。レク、手工芸等の介助。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（チェアインバス）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に配慮します。

(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 利用者の口腔清潔、摂食、嚥下機能の維持、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) 介護保険給付対象サービス

- ① 地域区分単価：10,45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割又は2割負担分）

サービス名称	サービス単位	内 容
通所型サービスⅠ	1,798単位／月	週1回程度の通所が必要とされた方（要支援1・要支援2・事業対象者）に対する包括的支援
通所型サービスⅡ	3,621単位／月	週2回程度の通所が必要とされた方（要支援2・事業対象者）に対する包括的支援

※月ごとの定額制となっていますが、以下の各項に該当する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 月途中に要介護状態区分が変更となった場合
- 三 月途中に事業対象者から要支援に変更となった場合
- 四 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
- 五 介護予防短期入所生活介護等を利用した場合

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	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回を限度)
	II) 160単位／月	上記に加えて、口腔機能改善管理計画等の情報を厚生労働省に提出及び必要に応じて情報を活用した場合 (原則3ヶ月・月2回を限度)
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し、栄養改善サービスを実施し、必要に応じて居宅を訪問した場合 (原則3ヶ月・月2回を限度)

栄養アセスメント 加算	50単位／月	管理栄養士を1名配置した上で、多職種共同にて栄養アセスメントを実施し、栄養状態の情報を厚生労働省に提出及び必要に応じて情報を活用した場合
口腔・栄養 スクリーニング加算	I) 20単位／回	利用開始時及び6月ごとに利用者の口腔の状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者の介護支援専門員に提供している場合
	II) 5単位／回	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、その情報を介護支援専門員に提供した場合
一体型サービス 提供加算	480単位／月	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施し、利用者に対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	生活機能の向上を目的として実施される、日常生活上の支援の為の活動を行なった場合 ※ 同月中に運動器機能向上・口腔機能向上・栄養改善のいずれかを算定した場合、生活機能向上グループ活動加算は算定しません
生活機能向上 連携加算	I) 100単位／回	外部の理学療法士等によってサービス提供の場または動画等による助言を受けた上で、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成した場合
	II) 200単位／回	上記について、外部の理学療法士等が訪問して実施した場合
サービス提供体制 強化加算	I)	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、又は勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上配置
	88単位／月	週1回程度利用の場合
	176単位／月	週2回程度利用の場合
	II)	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
	72単位／月	週1回程度利用の場合
	144単位／月	週2回程度利用の場合
	III)	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、又は勤続7年以上の占める割合が30%以上配置
	24単位／月	週1回程度利用の場合
	48単位／月	週2回程度利用の場合
処遇改善加算	I) 1ヶ月の合計単位数の9.2%/月	介護職員の処遇計画を策定する等のキャリアパス、月額賃金の改善、職場環境改善等の要件を満たして
	II) 1ヶ月の合計単位数の9.0%/月	
	III) 1ヶ月の合計単位数の8.0%/月	

	IV) 1ヶ月の合計単位数の6. 4%/月	いる場合
若年性認知症利用者受入加算	240単位／月	若年性認知症利用者に対して、第1号通所事業を行った場合
科学的介護推進体制加算	40単位／月	利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出及び必要に応じて情報を活用した場合
送迎減算	47単位／片道	事業所が居宅と事業所間の送迎を行なわない場合

(2) 介護保険給付対象外のサービス

- 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、760円かかります。
- 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の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。
※事前の予約が必要となります。
- 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頂きます。実施地域を越えた地点から、片道 10km未満 300円。以降 10kmを越えるごとに 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利用を中止する場合は、次のとお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いただいた場合	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いただきなかかった場合	760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

あらかじめご相談下さい。

(5) サービス提供時間外のご利用

原則として、サービス提供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 介護保険制度利用に係る料金は、集金代行に指定されている金融機関口座による「口座自動引き落とし」とさせていただきます。集金代行費用は、施設負担とさせていただきます。
- ② お支払い確認後、領収書を発行いたします。

5 デイサービスの利用方法

(1) 佐倉白翠園のご利用が決定し、実際に利用が始まるまで

- ① 必要に応じ、「介護サービス共通健康診断書」を提出していただきます。

- 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支援センターに、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）利用当日

- ① ご家庭で、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 健康に異常があるときは、午前8時から8時10分の間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、概ね午前8時10分から9時10分の間に伺います。家族状況等によりお迎え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。
- 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30分頃事業所を出発し、ご自宅へお送りします。家族状況等によりお送りの時間指定を要する場合等は、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）サービス利用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ヶ所のみの場合は、速やかに連絡がとれるようご配慮をお願いいたします。

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 佐倉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ことがあります。
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ことがあります。
一 感染症その他の疾病等の状況により、サービス利用が困難と判断される場合
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 来園後、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

前掲③の理由によりサービス利用を制限又は中止となった場合は、佐倉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いただく場合があります。

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、送迎時の状況、入浴、選択サービス、食事摂取の有無）を記入いたします。
- 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その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を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。
- 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いたします。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いたします。
- 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 扱葉（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
- キ 入浴前の座面衛生保持用タオル 2枚
- ク バスタオル
- ケ ビニール袋（濡れたものを入れる）
- 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、食事用器具什器、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 その他
- 業務上必要な事項以外、職員との私的な関わり（メール・携帯電話への連絡等）につきましてはご遠慮下さい。

6 佐倉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	
従業者への研修	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、ご家族等に速やかに連絡するとともに、利用者の主治医等へ連絡する他、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区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

- ・防災時の対応
- ・防災設備

スプリンクラー設備

屋内消火栓2基（1階1基、2階1基）

緊急通報装置1基

- ・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 サービス内容に関する相談及び苦情処理

(1) 当事業所の相談及び苦情処理担当

担当者：佐倉白翠園デイサービスセンター 生活相談員

電話：043-484-8990

(2) 佐倉市介護保険課 電話：043-484-6174

(3) 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

(4) 千葉県運営適正化委員会（福祉サービス利用者サポートセンター）

電話：043-246-0294

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
- 7. 一時預かり事業
- 8. 病児保育事業

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
	地域包括支援センター	1カ所
	(居宅介護支援事業者	2カ所)

13 サービスの第三者評価の実施状況

実施していません。

14 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）の提供開始に当たり、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 佐倉市岩名1011番地
名 称 佐倉白翠園デイサービスセンター 印

説明者 職 種

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）についての重要な事項の説明を受けました。

（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