

介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業サービス重要事項説明書

世田谷区

1. 事業所概要

| | | | | |
|--------------|-------------------------|---------------------|----------------------|--------------|
| サービス提供を行なう施設 | 所在地 | 東京都世田谷区池尻 2-3-45 | | |
| | 名称 | 奉優デイサービス池尻 | 電話 | 03-5779-9131 |
| 介護保険指定番号 | 通所介護（東京都 1371209899） | | | |
| 管理責任者 | 氏名 | 苅谷 里美 | 連絡先 | 上記と同じ |
| 営業日 | 月～土 | 8:30～18:00 | | |
| 営業時間 | 但し、12月30日から1月3日までを除きます。 | | | |
| 施設概要 | 定員 | 30人(1日あたり) | | |
| | 機能訓練室兼食堂 | 1室 | | |
| | 相談室 | 1室 | | |
| | 静養室 | 1室 | | |
| | 浴室 | 2室 | | |
| | 送迎車 | ワゴンタイプ 10人乗りリフト車 2台 | | |
| 職員体制(兼務有) | 職種 | 職員数 | 業務内容 | |
| | 管理者 | 1名 | 施設運営管理など | |
| | 生活相談員 | 1名以上 | 生活相談・生活指導、通所介護計画の策定等 | |
| | 事務職員 | 1名 | 事務業務 | |
| | 看護職員 | 1名以上 | 健康チェック、養護等 | |
| | 介護職員 | 4名以上 | 介護サービス等 | |
| | 機能訓練指導員 | 1名以上 | 機能訓練指導、計画策定等 | |

2. サービスの内容

(1)「介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所介護サービス」はご利用者が奉優会の管理運営する施設に通って、当該施設において、食事の提供(これらに伴う介護を含む)、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認、その他ご利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。

(2)奉優会は上記の施設及び日程によりサービスを提供します。

(3)サービス提供にあたっては「介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業計画書」に沿って計画的に提供します。

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| サービス 内容 | 介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所介護に沿って送迎サービス、食事サービス、機能訓練(日常動作訓練)、その他必要な介護をおこないます。 | | |
| | 送迎サービス | リフト付ワゴン車にて、送り迎えを行います。 車椅子での乗車も可能です。 | |
| | 食事サービス | 昼食の提供をします。 | |
| | 機能訓練 (日常動作訓練) | 日常動作訓練を行います。 | |
| | 入浴サービス | 入浴サービスを提供します。 | |
| | 生活相談 | 利用者や家族からの介護等に関する相談をお受けします。 | |
| | 趣味いきがい活動 | 手工芸・ゲームなど、趣味や生きがいにつながる活動をします。 | |
| | その他介護サービス | その他、必要に応じて介護サービスを行います。 | |
| サービス 提供地域 | 世田谷区(池尻、三宿、太子堂、代沢、下馬、野沢)のお住まいの方。 | | |

**【利用料金表】 介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所介護総合事業通所介護費
月あたりの定額払い**

●国基準通所サービス費

| ご利用 1ヶ月あたりの自己負担額 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|---------------------------|--------------------------------|---------|----------|
| 通所型独自サービス 1(1ヶ月あたり) | 1,960 円 | 3,920 円 | 5,880 円 |
| 通所型独自サービス 2(1ヶ月あたり) | 3,947 円 | 7,894 円 | 11,841 円 |
| 科学的介護推進体制加算(1ヶ月あたり) | 44 円 | 88 円 | 131 円 |
| 口腔機能向上加算Ⅱ | 175 円 | 349 円 | 524 円 |
| 運動機能向上加算 | 246 円 | 491 円 | 736 円 |
| サービス提供体制加算Ⅰ 1(1ヶ月あたり) | 96 円 | 192 円 | 288 円 |
| サービス提供体制加算Ⅰ 2(1ヶ月あたり) | 192 円 | 384 円 | 576 円 |
| サービス提供体制加算Ⅱ 1(1ヶ月あたり) | 79 円 | 157 円 | 236 円 |
| サービス提供体制加算Ⅱ 2(1ヶ月あたり) | 157 円 | 314 円 | 471 円 |
| サービス提供体制加算Ⅲ 1(1ヶ月あたり) | 27 円 | 53 円 | 79 円 |
| サービス提供体制加算Ⅲ 2(1ヶ月あたり) | 53 円 | 105 円 | 157 円 |
| ※サービス提供体制加算はいずれかの算定となります。 | | | |
| 通所型独自サービス処遇改善加算(Ⅰ) | ※基本単位+加算額×9.2%相当額を算出し請求させて頂きます | | |

<負担割合に関わらず共通>

| | | |
|--|---------------------|--|
| 昼食代 | 600 円 | |
| おやつ・お茶代 | 100 円 | |
| 教材費 | 実費 | |
| 持ち帰りお弁当 | おかず 550 円・ごはん 100 円 | |
| その他 上記の他、おむつ代、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。 | | |

令和 6 年 6 月 1 日施行

3. サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、サービスに関する記録に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業所は、一定期間ごとに「介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所介護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「総合事業通所介護記録書」、その他の記録を作成して、ご利用者に説明のうえ交付すると共に、介護予防支援事業所に提出します。
- (3) 事業所は、前記のサービスに関する記録、その他の記録を作成完了後 2 年間は適正に保管し、ご利用者の求めに応じて閲覧に供し、又はご利用者の実費負担により、その写しを交

4. 利用者負担金

- (1) 介護保険からの介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所介護給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として基本料金（利用料金表）の 1 割もしくは 2 割です。この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。
また、要支援認定区分が自立と判定した方など何らかの理由にて介護保険の給付を受けない方については全額自己負担となります。
- (3) 支払い方法
事業所は、翌月の 25 日頃までに前月分の請求をいたしますので、翌月末日までに自動引き落としの方法でお支払いいただきます。
引き落としの手数料は事業所が負担します。

5. 早退、キャンセル及びサービスの中止など

- (1) ご利用者がサービスの中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記の管理責任者連絡先）までご連絡ください。
連絡先（電話）： 03-5779-9131
- (2) ご利用者都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日午後 7 時までにご連絡ください。同時刻を過ぎてからのキャンセルは、昼食料費として次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）。

| | |
|----------------------------------|---------|
| ①ご利用日の前営業日午後7時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ②ご利用日の前営業日午後7時以降までにご連絡いただけなかった場合 | 一日の昼食料費 |

*ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意下さい。

(3)ご利用者がサービス利用中に早退をした場合の利用料金は、昼食料費をご利用者の支払日に合わせてお支払いいただきます。ただし、基本料金以外のその他の利用料金に関しては、利用した場合のみお支払いいただきます。

(4)健康上の理由による中止

- ① 風邪、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または中止することがあります。その場合、ご家族にご連絡の上対応いたします。
- ③ サービスをご利用中に体調が悪い場合、サービスを中止することができます。その場合、ご家族に連絡の上対応いたします。また、必要に応じて主治医に連絡を取るなど、必要な措置を講じます。

6. その他

(1)事故が発生した場合は、家族等へ連絡するとともに、必要に応じて、市区町村や関係機関等に連絡を取り、対策をとります。利用者に賠償するべき事故の場合は速やかに損害賠償を行います。なお、損害賠償の範囲は、裁判の判例などを鑑みて、一般的な相当因果関係にあたるものを目指します。

(2)サービス従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

7. 社会福祉法人 奉優会の概要

(1)事業概要

| | |
|------------|---|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 奉優会 |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 香取 寛 |
| 本部所在地・電話番号 | 東京都世田谷区駒沢1丁目4番15号 真井ビル5階 TEL 03-5712-3770 |
| 事業内容 | 1、 特別養護老人ホーム 2、 短期入所生活介護 3、 介護予防短期入所生活介護 4、 通所介護事業所 5、 介護予防通所介護事業所 6、 認知症対応型通所介護事業所 7、 介護予防認知症対応型通所介護事業所 8、 訪問介護事業所 9、 介護予防訪問介護事業所 10、 地域包括支援センター 11、 居宅介護支援事業所 12、 介護予防支援事業所 13、 老人福祉センター 14、 小規模多機能型介護 15、 グループホーム 16、 敬老館 17、 配食事業 |

(2)運営の方針

奉優会では、顧客満足を得ることや、潜在的な利用者ニーズを社会のシステムとして具体化し、社会のニーズや「夢」を実現することを通して、広く社会に貢献していくことが必要であると考えます。そのためには社会の新しいニーズ（ソーシャル・ニーズ）を見つけ出し、それに対応する力（ソーシャルワーカーズ・アビリティ）を磨き、社会貢献を通じて法人の社会的責任を担う（ソーシャルレスポンシビリティ）これらの3点を融合させながら、社会全体のニーズを満たすことのできる法人を目指していきます。

(3)個人情報の取り扱いについて

【個人情報の収集、利用及び提供】

- 1.個人情報の収集は、介護関係ならびに関連事業のサービス提供前に、利用目的の範囲を説明し、同意を頂いた上で収集いたします。
- 2.個人情報の利用は、同意を頂きました利用目的の達成に必要な範囲内において、適正に使用いたします。
- 3.個人情報の第三者への提供は、情報を頂いたご本人の依頼、または同意の無い限り提供することはいたしません。また、同意のもと、提供、委託を行う場合においても、その個人情報に対しては、適正に管理・監督を行って参ります

＜同意をいただく必要がある個人情報の利用目的の範囲について＞

- 1.奉優会が、ご利用者様からの依頼にもとづいた各種サービスを提供するための利用。
- 2.提供したサービスに対する請求業務などの介護保険事務での利用。
- 3.サービス提供に係わる、事業所等の管理運営業務での利用。
- 4.ご利用者からの依頼に基づいた適正なサービスを提供するための、他サービス事業者や介護予防支援事業所との連携（サービス担当者会議）、照会への回答。
- 5.ご家族への心身の状況説明。
- 6.当法人からのサービス等のご案内をするための利用。
- 7.当法人からのサービス向上を目的としたアンケートの依頼をするための利用。
- 8.各事業に関する顧客動向分析もしくは商品開発等の調査分析のため。
- 9.行政機関等からの要求で、法令上応じることが義務付けられている事項に対する利用。
- 10.その他、特に目的を特定の上、同意を得て収集した個人情報については、その特定した利用目的に沿う利用。

8.緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、地域包括支援センター(居宅介護支援事業者)等への連絡をいたします。

| | | | | | |
|-----|---------|---------------------|-------|-----------|---------------------|
| 主治医 | かかりつけ医院 | 別紙 緊急連絡先・医療情報確認書 | 緊急連絡先 | 氏名 | 別紙 緊急連絡先・医療情報確認書 |
| | 主治医氏名 | | | 住所 | |
| | 住所 | | | 電話番号 ① | |
| | 電話番号 | | | 電話番号 ② | |

9.サービス内容に関する苦情

当事業所お客様相談・苦情担当

担当 荏谷 里美

連絡先 03-5779-9131

上記以外に区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名:世田谷区保健福祉サービス苦情審査会 連絡先:03-5432-1111(内 2298)

国民健康保険団体連合会: 介護保険部相談指導課 連絡先:03-6238-0177

10. 非常災害対策

- ・防火管理責任者 金子 由美恵
- ・避難訓練 年 2 回 ・防災訓練 年 2 回 ・通報訓練 年 1 回

介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

年 月 日

社会福祉法人奉優会

所在地 東京都世田谷区池尻 2-3-45

事業所名 奉優デイサービス池尻

担当者 荏谷里美

印

私は、本書面により、奉優デイサービス池尻から介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所介護についての重要事項説明を受け、個人情報の取り扱いについても十分に理解し、同意いたしました。

1.本人

私は、上記の重要事項について説明を受け、内容を十分に理解し、承諾しました。

年　月　日

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

2.連帯保証人

私は、上記の内容を確認し、保証人としての責任を承諾しました。

極度額：300万円

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

ご利用者との関係：_____

3.代理人(後見人等)

私は、本人の代理人として、上記の内容を確認し、承諾しました。

(※後見人の場合、「後見人」と明記してください)

氏名：_____

代理人区分：法定後見人 任意後見人 その他(_____)

住所：_____