

社会福祉法人両沼厚生会 柳津デイサービスセンター

重要事項説明書(介護給付)

(令和7年7月1日現在)

1. 柳津デイサービスセンターの概要

(1) 提供出来るサービスの種類と地域

名 称	社会福祉法人 両沼厚生会 柳津デイサービスセンター
所 在 地	福島県河沼郡柳津町大字柳津字上荒町甲 1,118 番地
介護保険指定番号	通所介護 (福島 第0772600144号)
サービスを提供する 対象地域	柳津町

(2) 当センターの職員数及び職務内容

職 種	職員数	兼 務 内 容
管 理 者	1 名	
生 活 相 談 員	1 名以上	介護員
介 護 員	4 名以上	事務員 生活相談員 福祉センター生活援助員 看護員・機能訓練指導員
看 護 員	1 名以上	機能訓練指導員・介護員
機能訓練指導員	1 名以上	看護員・介護員
事 務 員	1 名以上	介護員

※ 尚、調理業務については外部業者へ委託しております。

◎職務内容

- ① 管 理 者…職員等の管理及び業務の管理を一元的に行います。
- ② 生活相談員…デイサービスの利用に関する事や介護保険に関する事、苦情など利用者および家族からのいろいろな相談を承ります。また、他機関との連携を図り、より適切なサービスを提供するための調整を行います。
- ③ 介 護 員…利用者の心身の状態の把握に努め、利用中、入浴・トイレ・レクリエーション等いろいろな面で必要なお手伝いを致します。
- ④ 看 護 員…健康チェックを行い利用者の方の健康状態を把握し、必要な処置を行います。
- ⑤ 機能訓練指導員…利用者の方が日常生活を行う為に必要なりハビリを行います。

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

(3) 設備の概要

定員	30名(第1号通所事業含む)	日常動作訓練室	1室/35.4㎡
デイルーム	1室/92.5㎡	食堂	1室/94.5㎡
浴槽	一般浴槽・家庭浴槽・特殊浴槽があります。	送迎車	6台

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日(祝祭日営業) ※1月1日～1月3日まで休業
営業時間	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間	午前9時20分～午後4時30分【4月～10月】 午前10時00分～午後3時30分【11月～3月】

※ 緊急連絡電話 0241-42-3456

2. サービス内容

- ① 送迎・・・ワゴン車かリフト車で送迎致します。
- ② 入浴・・・3種類の浴槽があり、着替え・洗身・洗髪のお手伝いを致します。
- ③ 食事・・・個別の食事形態・制限食・嗜好にお応え致します。
- ④ 機能訓練・・・主治医・理学療法士等の指示に基づき実施致します。
- ⑤ 生活相談・・・秘密を守り、困りごとの相談等に応じます。

3. 料金

(1) 利用料金(太字で書かれた部分が対象となります。)

自己負担額は所得に応じ、1割から3割までのいずれかとなります。

① 基本料金【4月～10月】

要介護度	基本利用金	1日当たり自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
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

基本料金【11月～3月】

要介護度	基本利用金	1日当たり自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
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	8,800円	880円	1,760円	2,640円
要介護5	9,840円	984円	1,968円	2,952円

※1 基本料金に送迎費用が含まれております。

なお、当センターが送迎を行わない場合は、1日当たりの自己負担額から片道につき47円を減額してご請求いたします。

※2 対象地域外の方は、対象地域との境界線を越えたところから1kmにつき50円頂きます。

② 加算料金

加算	基本利用金	1日当たり自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算Ⅰ	400円	40円	80円	120円
入浴介助加算Ⅱ	550円	55円	110円	165円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	220円	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	180円	18円	36円	54円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	上記基本料金と加算料金の合計の 9.0%			

③ 食費 1食あたり **650円(全額自己負担)**

④ おむつ代(紙オムツ類はできる限り、ご持参下さい。)

実費負担の場合 尿取りパット 30円/枚

紙パンツ類 100円/枚

紙オムツ類 150円/枚

※ 但し、市販価格の変動によっては変更する場合があります。ご了承下さい。

⑤ その他

上記のほか、レクリエーションにかかる費用等を自己負担して頂く場合があります。その場合は、事前に説明して同意を頂いた上で徴収いたします。

(2) 支払方法

毎月の利用料金は、翌月に1ヶ月分をまとめてご請求いたしますので下記の方法でお支払い下さい。(お支払い方法には2通りございます。)

① サービス提供月の翌月に現金で集金させていただく方法。

② 指定期日に指定金融機関の口座から引き落とされる方法。

なお、お支払と同時に領収書を発行いたします。

4. サービスの開始と終了

(1) 利用開始

i. ご契約締結後、提供票に記載された利用日より利用開始となります。ただし、ご家族の都合によりサービス利用を至急希望される場合はこの限りではありません。

(2) 利用終了(利用終了には2通りあります。)

(契約の終了)

i. 契約者または代理人のご希望によりサービスを終了する場合。

- ii. 介護保険施設への入所。
- iii. 利用者本人がお亡くなりになった場合。
- iv. 利用者またはご家族が当事業所や職員に対し、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- v. その他、利用契約に定める事由に該当する場合。

(契約の一時中止)

- i. 介護保険施設への短期・中期入所、病院への長期入院など1ヵ月以上サービス利用の見込みが無い場合。
- ii. 利用される方の要介護認定で、支援が必要と認定された場合。または、非該当(自立)と認定された場合。
- iii. 上記以外の理由で利用者または家族から希望があつて当事業所が契約一時中断を認めた場合。

注意:一旦、デイサービスを利用者の都合で中断し、再度サービスを希望される場合、また同じ曜日のサービスを利用できるとは限りません。再度サービスを希望されるときは当事業所か、居宅介護支援事業所までご連絡ください。

5. 当デイサービスの特徴

(1) 運営方針

サービスを利用される方に対して、入浴・食事・機能訓練等のサービスを提供し、利用者の生活が、身体的・精神的・社会的に活性化されるプログラムの充実を図り、個々のニーズに沿った対応を心掛ける。

(2) サービスの利用のために

事 項	有 無	備 考
同性介助の有無	有	ニーズに合わせて男性・女性職員が、介助致します。
職員への研修の実施	有	随時、外部研修会に出席しています。
サービスマニュアルの作成	有	感染症対策マニュアルを作成し、当日使用した器具等の消毒を実施しています。

(3) サービス利用にあたって、の留意事項

- 送迎時間の連絡・・・業務都合等により、通常の時間帯から変更になる場合には、ご連絡致します。
- 体調確認・・・送迎時に、一般状態確認のため、睡眠・食事量・排泄などをお伺いさせていただきます。また、ご家族で気になる点がございましたら、遠慮なくお申し出下さい。
- 体調不良等により・・・体調を考慮して当日のご利用をご遠慮頂くことがあります。サービスの中止・変更 ますので、ご了承下さい。また、サービス利用中の体調の悪化が認められた場合、早目にお帰り頂く場合もございます。
本人・同居の方がインフルエンザやノロウイルス等に感染している方、若しくは感染の可能性のある方は利用できな

い場合があります。

- 設備、器具の利用・・・日常動作訓練室の平行棒、歩行訓練用階段、プーリー（滑車運動器）、メドマー（空圧マッサージ機）マッサージ機、ホットパック、エアロバイク・マシントレーニング（レッグプレス・ローイング）をお使い頂けます。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、病状の急変が生じた場合、または、その他容態の変化等があった場合は、速やかにご家族、主治医、居宅介護支援事業者等へ連絡し、適切な措置を行います。

7. 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご家族、居宅介護支援事業者、市町村へご連絡いたします。尚、当センターの不注意により発生したことが明確である場合は、利用者及びご家族との協議により損害賠償にて対応いたします。また、日常より事故の予防と原因の究明に努めます。

8. 個人情報の保護について

当事業所が扱う個人情報の重要性を認識し、その適正な保護の為に個人情報保護に関する法令、その他関係法令等を遵守し、利用者の個人情報保護に努めます。

9. 個人情報の開示同意について

サービスを利用するにあたり、より良いサービスを提供する上で、利用者の身体状況や生活状況などの情報を使用させて頂く場合があります。つきましては、利用契約書締結の上、別途「個人情報開示同意書」をもって利用者および家族の同意を得るようにしております。ご協力をお願い致します。

10. 介護保険被保険者証の確認

デイサービスを利用される日には『**介護保険被保険者証**』を事業所職員に必ずご提示下さい。

11. 非常災害対策

非常災害に対する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報体制を整備します。又それらを定期的に通所介護従事者に周知するとともに定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

12. ハラスメント防止対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える行為は組織として許容しません。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。
また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

13. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。虐待防止に関する責任者は管理者です。
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

14. 感染対策について

事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように次の措置を講じます

- ① 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底しています。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修や訓練を定期的実施しています。

15. 業務継続に向けた取り組みについて

- ① 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の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 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。
- ③ 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。

16. 第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ・ (無)

実施日	
評価機関	
評価結果の開示	

17. サービス提供についての苦情・相談窓口

電話番号 0241-42-3456

相談窓口 生活相談員 遠藤 晃
 介護員兼生活相談員 長谷川 栄子

苦情解決責任者 所長 山内 直人

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分から午後5時15分
 (1月1日から1月3日迄を除く)

※社会福祉法人両沼厚生会苦情解決に関する実施要綱第4条に基づき、苦情解決に社会性や客観性を確保するために下記の2名の方に第三者委員として委嘱をしています。

柳津町民生児童委員協議会会長 藤田 法身
 0241-42-2567

会津坂下町民生児童委員協議会会長 鈴木 清記
 0242-82-3237

※ 上記以外に、柳津町の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
 その他、ご担当のケアマネジャー（介護支援専門員）までご連絡ください。

柳津町役場 町民課住民福祉係 電話番号 0241(42)2118

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地 福島県河沼郡柳津町大字柳津字上荒町甲 1,118 番地

名 称 社会福祉法人 両沼厚生会

柳津デイサービスセンター

所 長 山 内 直 人 印

説明者 職 名 生活相談員 _____

氏 名 遠藤 晃 印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、その内容について同意しました。

<契約者> 利用者 住 所 柳津町大字 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家 族 住 所 _____

氏 名 _____ 印