

通所介護・第1号通所事業重要事項説明書

1. 当センターが提供するサービスについて相談窓口

電話 028-674-8811 (午前8:30~午後5:30)

担当 生活相談員 岩出 昌宏 高根澤 明子

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 上河内デイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	上河内デイサービスセンター
所在地	栃木県宇都宮市下小倉町1313-26
介護保険事業所番号	通所介護・第1号通所事業 0972100317 (栃木県1097-6-33号)
その他のサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 0972100325 (栃木県1097-13-43号) ・ 障害者福祉サービス(居宅介護) 0910101393 (宇105-1号) ・ 訪問介護・第1号通所事業 0972100531 (栃木県312-10号)
サービスを提供する地域*	宇都宮市、塩谷町、さくら市 第1号通所事業ご利用の方は 宇都宮市のみとさせていただきます。

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当センターの職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	社会福祉主事等	1名		業務及び従事者の管理	1名
生活相談員	社会福祉主事等	2名(1)		生活相談	1名以上
事務職員		2名	1名	事務	3名
介護・看護職員・	看護師	1名	1名	看護・介護	2名以上
	介護福祉士	2名(2)		介護全般	1名以上
	初任者研修	2名		介護全般	2名以上
	ヘルパー2級	2名		介護全般"	2名以上
	その他	2名		介護全般	3名以上
	作業療法士等	0名	0名	機能訓練	0名
調理員	調理師	2名	1名	調理全般	3名以上

- * ()内は兼務人数 - (例)生活相談員1名は介護職員と兼務
- * 管理者は、生活相談員と兼務
- * 看護師2名は、看護師・介護職と兼務
- * 生活相談員1名以上は、介護職と兼務

(3) 主な職種の概要

職 種	勤 務 体 制
1.介護職員	通常勤務時間帯 8:30~17:30
2.看護職員	勤務時間帯 8:30~17:30 原則として1名の看護職員が勤務します。

(4) 当センターの設備の概要

定員	40名	機能訓練室	1室 68㎡
食堂	1室 70㎡	静養室	1室 24㎡
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	相談室	1室
		送迎車	7台(内リフト付き2台)

(5) 営業日および営業時間

営業日	月~土曜日 (休業日:日曜日、1月1日~1月3日)
営業時間	月~土曜日 午前8:30~午後5:30
サービス提供時間	月~土曜日 午前9:30~午後4:45

3. 当センターが提供するサービス内容及び利用料金

(1) サービス内容

機能訓練 (身体機能・口腔機能)	送迎 入浴	介護 誕生会(毎月)
食事提供	健康チェック	レクリエーション、クラブ活動
おやつ	生活指導	季節行事(毎月)

(2) 利用料金

以下の単位表のうち、該当する項目の単位数をご利用回数分合算または、月額に、10.27(地域区分)を乗じ、介護保険負担割合証の自己負担割合に応じた額が介護保険に関わる利用料金となります。

第1号通所事業利用単位表(総合事業)

要介護度等	1カ月当たりの単位数
要支援1・基本チェックリスト対象者	1,798
要支援2・基本チェックリスト対象者	3,621

通所介護利用単位（大規模：所要時間6時間以上7時間未満の場合）

要介護度	1日当たりの単位数
要介護1	584
要介護2	689
要介護3	796
要介護4	901
要介護5	1,008

通所介護利用単位（大規模：所要時間7時間以上8時間未満の場合）

要介護度	1日当たりの単位数
要介護1	658
要介護2	777
要介護3	900
要介護4	1,023
要介護5	1,148

各種加算（第1通所事業利用）

加算項目	1カ月当たりの単位数
入浴介助加算（ ）	40

第1通所事業利用・通所介護利用共通

介護職員等処遇改善加算（ ）	1か月当たりの総単位数×9.0%
1単位当たりの単価（地区区分） 宇都宮市	¥10.27/単位

送迎

事業所が送迎を行わない場合	片道につき - 47単位
---------------	--------------

介護保険の給付対象とならない料金

昼食（おやつ含む） 780円

通常の事業実施区域外への送迎（当事業所の協議により、判断いたします。）

<今市地区、矢板地区>

1. 片道8km未満 200円

2. 片道8km以上 1km毎に100円を加算

レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加していただくことができます。

料金：内容により材料費等の実費をいただきます。

日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品の購入代金等、利用者の日常生活上に要する費用で、利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる実費をいただきます。

おむつ 1枚	:	150円
尿取りパット1枚	:	50円
_____	:	円

キャンセル料

利用前にお客様のご都合でサービスを中止する場合やお迎えに行つてのサービスの中止は下記のキャンセル料がかかります。

利用予定日の前日までにご連絡いただいた場合	無料
利用予定日の前日までにご連絡がなかった場合	昼食代のキャンセル料
お迎えに行つてのサービスの中止	自己負担相当額

(3) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止する場合、それまでに実施したサービスを基に計算します。

以下の場合、利用途中でもサービスを中止していただくことがあります。

- ・健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用途中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

4. 料金のお支払い方法

料金については、1ヶ月ごとに計算しご請求します。以下の方法でお支払をお願いします。

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関： 銀行、郵便局、農協、信用金庫

イ. 下記指定口座への振り込み

栃木銀行 若草支店 普通預金 3768631

口座名義 上河内町デイサービスセンター

理事長 岩崎 翔太郎

ウ. 現金によるお支払い

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

お電話等でご相談ください。当法人職員がお伺いいたします。

ご利用決定後契約を結び、サービスの提供を開始します。

要介護1から5の認定を受けた方は、居宅介護支援事業者またはご自分で作成された居宅サービス計画（ケアプラン）を基に通所介護計画を作成し、通所介護サービスが提供されます。

要支援1か2の認定を受けた方は、担当地区の地域包括支援センターで作成された介護予防サービス計画を基に通所型サービス（相当）計画を作成し、サービスが提供されます。

総合事業対象者の方は、担当地区の地域包括支援センターで基本チェックリスト等受け、介護予防ケアマネジメント計画を基に通所型サービス（相当）計画を作成し、サービスが提供されます。

(2) サービスの終了または解約

「指定通所介護・第1通所事業契約書」第6章に記載したとおりです。

6. サービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ・通所介護サービスにおいては、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、生活の質（QOL）の向上を目指すものとする。
- ・第1通所事業においては、日常生活動作の維持、向上、転倒の予防を目的として、運動機能の向上や自立の意欲の高揚を図り、生活の質（QOL）の向上を目指すものとする。
- ・事業の実際にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(2) サービスの利用のために

事 項	有無	備 考
男性職員の有無	有	
ご利用時間の変更	有	事前にご相談ください。
従業員への研修の実施	有	年3回以上サービス研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	有	

(3) サービスの利用にあたっての留意事項

送迎の連絡・・・・・・・・基本として、時間変更時にご連絡いたします。

交通状況、利用状況等で時間が前後することがございます。

個別な時間の都合についてはその都度ご相談下さい。

ご家族様等の不在での送迎対応の場合等、心身の変化やご自宅内の変動に責任を負いかねることもございます。

体調確認・・・・・・・・利用日にご自宅で確認させていただきますので、ご協力をお願いいたします。

サービスの中止や変更・・事前に電話連絡をお願いします。

時間変更・・・・・・・・ご利用時間を変更された場合は、サービス提供時間区分に

応じたご利用料金をいただきます。
設備、器具の利用・・・係員の指示によりご利用願います。

7. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、ご利用者に容体の变化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方へ速やかに連絡いたします。

利用中の状況について報告、連絡がにつながる方の連絡先の提示をお願いいたします。

主治医	医療機関名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	住所	
	連絡先	
	続柄	

(別紙に記入)

8. 事故発生時の対応方法

サービス提供中に事故が発生場合には、速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員、包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. サービス内容に関する苦情

法人お客様相談・苦情担当

苦情解決責任者 岩出 昌宏 電話 028-674-8811
担当 岩出 昌宏・高根澤 明子

第三者委員

福島邦夫 電話 028-674-3922

塩井イネ 電話 028-674-2573

行政機関その他苦情受付機関

宇都宮市介護保険なんでも相談窓口 電話 028-632-8989

栃木県運営適正化委員会 電話 028-622-2941

国民健康保険団体連合会 電話 028-643-2220

10. 非常災害対策

- ・防災時の対応・・・防災規定、避難誘導マニュアルにより対応する。
- ・防災設備・・・自動火災通報装置、屋内外消火栓設備等
- ・防災訓練・・・防災訓練 年2回
- ・防火責任者・・・工藤 慎吾

11. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人正恵会
代表者役職・氏名	理事長 岩崎 翔太郎
住所地・電話番号	宇都宮市宝木本町1768 028-665-0520

12. 第三者評価の実施状況

無し

13. その他

算定要件)通所介護提供が計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には、計画上の単位数を算定して差し使えないもとする。台風や積雪等のやむを得ない状況の中でも継続的なサービス提供を行う観点から、通所介護費等の所要時間について、利用者の心身の状況(急な体調不良等)に限らず、台風や積雪等をはじめとする急な気象状況の悪化などによるやむを得ない事情についても考慮することとする。(降雪などの急な気象状況の悪化などにより、利用者宅と事業所間の送迎に平時よりも時間を要した場合も該当する。

定款の目的に定めた事業

- ・ 第一種社会福祉事業
 - (1) 特別養護老人ホーム宝寿苑の設置経営
 - (2) 特別養護老人ホームホームタウンほそやの設置経営

- ・ 第二種社会福祉事業
 - (1) 老人デイサービスセンター宝寿苑の設置経営
 - (2) 老人デイサービスセンター上河内の設置経営
 - (3) 老人短期入所事業(宝寿苑)
 - (4) 老人介護支援センター宝寿苑の設置経営
 - (5) 老人居宅介護事業
 - (6) 老人介護支援センター上河内の設置経営
 - (7) 認知症対応型老人共同生活援助事業(宝寿の里)(ホームタウン宝木)(ホームタウン上河内)
 - (8) 小規模多機能型居宅介護事業(ホームタウン上河内)
 - (9) 障害福祉サービス事業の経営(宝寿苑ヘルパーステーション)(上河内ヘルパーステーション)
 - (10) 老人デイサービスセンターグッドエイジクラブ宇都宮

- ・ 公益を目的とする事業
 - (1) 居宅介護支援事業(青い鳥)(上河内)
 - (2) 生活支援型ホームヘルプサービス事業
 - (3) 通所型サービスA
 - (4) 生活管理指導短期宿泊事業
 - (5) 配食サービス事業
 - (6) 一般乗用旅客自動車運送事業(患者等輸送限定)
 - (7) 日中一時支援事業
 - (8) 介護予防支援事業
 - (9) 地域包括支援センター(細谷・宝木)
 - (10) 訪問看護事業(青い鳥)

- ・ 事業所数等
 - 介護老人福祉施設 2ヶ所
 - 通所介護事業所 3ヶ所
 - 小規模多機能型居宅介護事業所 1ヶ所
 - 短期入所生活介護事業所 1ヶ所

訪問介護事業所	2ヶ所
認知症対応型共同生活介護事業所	3ヶ所
居宅介護支援事業所	2ヶ所
地域活動支援センター	1ヶ所
日中一時支援事業所	1ヶ所
訪問看護事業所	1ヶ所

【重要事項説明書】を含め、この契約を証するための説明を受け内容に同意しましたので、本書2通を作成し、事業者及び契約者等が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

<事業者名> 社会福祉法人 正恵会
上河内デイサービスセンター
<住所> 栃木県宇都宮市下小倉町1313-26
<代表者名> 管理者 岩出 昌宏 印

契約者

利用者
<住所> _____
<氏名> _____ 印

代理人
<住所> _____
<氏名> _____ 印 本人との関係(_____)

説明者

<氏名> _____ 印

利用者情報の提示に関する同意書

私の通所介護サービス計画作成などにあたり、関係事業所に対して
私や家族の情報をを用いることに同意します

令和 年 月 日

事業者

<事業者名> 社会福祉法人正恵会
上河内デイサービスセンター
<住所> 栃木県宇都宮市下小倉町1313-26
<代表者名> 管理者 岩出 昌宏 印

同意者

利用者

<住所> _____

<氏名> _____ 印

代筆・代理人

<住所> _____

<氏名> _____ 印 本人との関係(_____)

家族の代表

<住所> _____

<氏名> _____ 印 本人との関係(_____)