

通所介護

清揚苑 デイサービスセンター

重要事項説明書

社会福祉法人 慶生会

1 清揚苑 デイサービスセンターの概要

(1) 事業者について

法人名	社会福祉法人 慶生会
所在地	大阪府豊中市庄内宝町1丁目4番5号
電話番号	06-4866-5951
代表者名	理事長 永井 正史

(2) 事業所について

事業の種類	通所介護
事業所名	清揚苑 デイサービスセンター
管理者	平松 久志
介護保険事業所番号	2774009407
所在地	大阪府豊中市庄内宝町1丁目4番5号
電話番号	06-4866-5112
FAX番号	06-4866-5952

(3) 併設している介護サービス

地域密着型介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム 清揚苑 (定員29名)
認知症対応型共同生活介護 (介護予防認知症対応型共同生活介護)	グループホーム 清揚苑 (定員18名)
小規模多機能型居宅介護 (介護予防小規模多機能型居宅介護)	小規模多機能清揚苑 (登録定員25名 通い15名 泊まり9名)
短期入所生活介護 (介護予防短期入所生活介護)	ショートステイ 清揚苑 (定員11名)
居宅介護支援	慶生会庄内ケアプランセンター
訪問介護 (訪問介護相当サービス) (訪問型サービスA)	慶生会庄内ヘルパーステーション

(4) 事業の目的

事業所は、事業所の生活相談員及び介護職員、機能訓練指導員が、要介護状態の利用者に対し、適切な指定通所介護を提供することを目的とします。

(5) 当事業所の運営方針

ご利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活全般にわたる援助を行います。

また、事業の実施にあたり市町村、地域の保健医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(6) 設備の概要

区分	数量 ・ 規模	備考
利用定員	30名	
静養室	ベット2床	
トイレ	2カ所	
洗面台	3カ所	
浴室	3カ所	
その他		相談室・送迎車（4台）

(7) 事業所の職員体制（令和7年1月1日現在）

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 1.従業者の管理及び利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います・ 2.従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3.利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した介護通所サービス計画を作成するとともに利用者への説明を行い、同意を得ます。 4.利用者への介護通所サービス計画書を交付します。 5.指定通所介護型通所サービスの実施状況の把握及び指定通所介護型通所サービス計画の変更を行います。 	常勤1名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> 1.利用者が、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2.それぞれの利用者について、介護通所サービス計画に従ったサービス実施状況及び目標達成状況の記録を行います。 	常勤1名 非常勤1名
介護職員	介護通所サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常勤6名 非常勤1名
機能訓練指導員	介護通所サービス計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように機能訓練を行います。	常勤1名 非常勤1名
看護職員	<ol style="list-style-type: none"> 1.サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2.利用者の静養のための必要な措置を行います。 3.利用者の病状が急変した場合に利用者の主治医等の指示を受けて必要な看護を行います。 	常勤1名

(8) 職員の勤務体制

職種	勤務体制	休暇
管理者	9:00～18:00	月10日休（日曜日休み含む）
生活相談員	9:00～18:00	月10日休（日曜日休み含む）
介護職員	8:30～17:30	月10日休（日曜日休み含む）
機能訓練指導員	8:30～17:30	月10日休（日曜日休み含む）
看護職員	9:00～17:00	月10日休（日曜日休み含む）

(9) サービス提供時間及び、事業所窓口の営業日営業時間

営業日 サービス提供日	月曜日から土曜日（祝日を含む）※12/31～1/3を除く
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	月・火・水・木・金・土・祝 9:00～17:00

(10) 通常の事業の実施地域

送迎エリア	豊中市・吹田市・大阪市淀川区・尼崎市東部
-------	----------------------

2 提供されるサービスの内容及び費用

(1) 提供されるサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
通所介護計画の作成		<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者に係る居宅介護事業所が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2. 通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3. 通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します。 4. それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者宅への送迎		<p>事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。</p> <p>ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。</p>
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また、嚥下困難者のためにきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排せつの介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動の場を提供します。

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）の目安について
 1日あたり目安の利用料金
 1単位を10.54円として計算します。

■ 通常規模型

基本時間	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上	利用料金	3,878円	4,437円	5,027円	5,586円	6,165円
	1割負担	388円	444円	503円	559円	617円
	4時間未満	2割負担	776円	888円	1,006円	1,118円
4時間以上	3割負担	1,164円	1,332円	1,509円	1,676円	1,850円
	利用料金	4,068円	4,658円	5,270円	5,870円	6,471円
5時間未満	1割負担	407円	466円	527円	587円	648円
	2割負担	814円	932円	1,054円	1,174円	1,295円
5時間以上	3割負担	1,221円	1,398円	1,581円	1,761円	1,942円
	利用料金	5,976円	7,061円	8,147円	9,233円	10,318円
	1割負担	598円	707円	815円	924円	1,032円
6時間未満	2割負担	1,196円	1,413円	1,630円	1,847円	2,064円
	3割負担	1,793円	2,119円	2,445円	2,770円	3,096円
6時間以上	利用料金	6,123円	7,230円	8,347円	9,454円	10,571円
	1割負担	613円	723円	835円	946円	1,058円
7時間未満	2割負担	1,225円	1,446円	1,670円	1,891円	2,115円
	3割負担	1,837円	2,169円	2,505円	2,837円	3,172円

- ※ 利用料金は、基本単位利用料金を表示しています。
- ※ 利用者のご希望で、個別機能訓練加算（Ⅰ）：76単位、入浴介助加算（Ⅰ）：40単位等が加算されます。
- ※ 通所介護中に体調不良等でサービス提供に支障があると判断された場合、サービスの提供を中止します。その際は当日利用時間に対応した料金をいただきます。

契約時点で の取得加算	加算	基本単位	利用料金	利用者負担額 1割負担の例	算定回数等
<input type="checkbox"/>	入浴介助加算（Ⅰ）	40	421円	43円	1日につき
<input type="checkbox"/>	入浴介助加算（Ⅱ）	55	521円	58円	1日につき
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	590円	59円	1日につき
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76	801円	81円	1日につき
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	210円	21円	1月につき
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	231円	24円	1回につき
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	189円	19円	1回につき
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	56円	7円	1回につき
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	40	421円	43円	1月につき
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	210円	21円	1回につき ※6月に1回を限度
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	52円	6円	1回につき ※6月に1回を限度
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	1581円	159円	1回につき ※3月以内の期間に限り1月に2回を限度
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	1686円	169円	1回につき ※原則3月以内、月2回を限度
<input type="checkbox"/>	栄養アセスメント	50	527円	53円	1月につき
<input type="checkbox"/>	栄養改善加算	200	2108円	211円	1回につき ※3月以内の期間に限り月2回を限度
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算（Ⅰ）	30	316円	32円	1月につき
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算（Ⅱ）	60	632円	64円	1月につき
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算（Ⅲ）	3	31円	4円	1月につき
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100	1054円	106円	1月につき
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	2108円	211円	1月につき
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数 の92/1000	左記の負担 割合分	左記の1割負 担分	基本サービス費に各種 加算を加えた総単位数

□	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数 の 90/1000	左記の負担 割合分	左記の 1 割負 担分	基本サービス費に各種 加算を加えた総単位数 (所定単位数)
□	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数 の 80/1000	左記の負担 割合分	左記の 1 割負 担分	基本サービス費に各種 加算を加えた総単位数 (所定単位数)
□	介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数 の 64/1000	左記の負担 割合分	左記の 1 割負 担分	基本サービス費に各種 加算を加えた総単位数 (所定単位数)

（3）介護保険給付外

昼食代	610円 実費徴収
おやつ代	150円 実費徴収
おむつ代	100円 実費徴収
レク・趣味活動材料費	実費相当 徴収

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日 9:00 以降にご連絡をいた いた場合	食費の全額を請求させていただきます。

（4）請求及びお支払方法

(1) 利用者負担額（介護保険を適用する場合）及び介護保険給付外の額はサービス提供月ごとに計算し、合計金額により請求いたします。

(2) 上記に係る請求書は、利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届けします。

(3) ご利用月の翌月 27 日のゆうちょ銀行となります。ゆうちょ銀行での引落が不都合な方はご相談下さい。

ゆうちょ銀行については、手数料無料。その他の金融機関での引落しは、220円の手数料が負担となります。

(4) お支払いの確認をされましたら、翌月の請求書と一緒に領収書をお渡します。必ず保管されますようお願いいたします。

(5) 長期間のお休みについて

○長期間休まれた後のご利用日は以前と曜日や送迎時間が異なる場合があります。

○入院、入所、その他の事情により 2 ヶ月続けてお休みになりますと自動的に登録を抹消させていただきます。利用再開時は再度の利用申し込みとなりますので、利用をお待ち頂く場合がございます。

○1 ヶ月連絡のないまま利用中止されますと登録を抹消させていただきます。

3 サービス利用に当たってご留意いただくこと

①喫煙	施設内は、原則禁煙です。
②設備の利用	施設内の設備・器具は本来の使用法に従ってご利用ください。これに反した使用により破損した場合、賠償していただく場合があります。
③迷惑行為	他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
④貴金属の所持	必要以上の貴金属は所持しないようにしてください。 (原則として、利用者の責任において管理して頂きます)
⑤金等の所持	現金は原則的に所持しないでください。
⑥その他	施設内での営利行為や宗教の勧誘、政治活動などは禁止します。ペットの飼育はできません。危険物・火気類の取扱いは禁止します。ライター等は施設にお預けください。

4 虐待の防止について

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	管理者 平松 久志
-------------	-----------

(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) 従業員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 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 切迫性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。

(2) 非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

(3) 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

6 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
<p>個人情報の保護</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

7 緊急時等の対応方法

サービス提供中に事故や体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づきご家族や主治医、居宅介護支援事業所、協力医療機関へ連絡いたします。

8 事故発生時の対応方法について

- ① 事業所は、利用者がサービスの利用中に事故が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- ② 事業所は、速やかに市町村に連絡し、その状況等を記録します。
- ③ 事業所は、利用者に対するサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は

損害賠償を速やかに行います。

9 心身の状況の把握

指定通所介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

10 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定通所介護の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

11 サービス提供の記録

- ① 事業所は、指定通所介護に関する市条例で定める記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

12 非常災害対策

事業所に、非常災害に関する担当者（防火管理者）と、具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を年2回行います。また、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、非常災害に関する具体的な契約や通報・連携体制について定期的に従業者に通知するものとします。

13 衛生管理等

- ① 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ③ 中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保険所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

14 相談・苦情の対応

(1) 相談窓口

提供したサービスに関するご利用者及びそのご家族からの相談及び苦情をお受けするための窓口を設置します。また、市町村及び公的団体の窓口は以下のとおり

です。

【当該事業者の窓口】

社会福祉法人慶生会 清揚苑 デイサービスセンター

管理者 : 平松 久志

所在地 豊中市庄内宝町1丁目4番5号

電話番号 06-4866-5951

ファックス 06-4866-5952

受付時間 月曜日～土曜日 午前9時～午後17時30分

【市町村の窓口】

- ・豊中市福祉部長寿社会政策課

所在地 大阪府豊中市中桜塚3丁目1番1号

電話番号 06-6858-2838

ファックス 06-6858-3146

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時45分～午後5時15分

- ・話して安心困りごと相談

所在地 大阪府豊中市中桜塚3丁目1番1号

電話番号 06-6858-2815

ファックス 06-6854-4344

受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時15分

HP アドレス <http://www.city.toyonka.osaka.jp/kenko/hukushikujyo.html>

【公的団体の窓口】

大阪府国民健康保険団体連合会

所在地 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号中央大通FNビル内

電話番号 06-6949-5418

ファックス 06-6949-5417

受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

(2) 相談・苦情処理の手順

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための手順は以下のとおりです。

- ① ご利用者及びそのご家族からの苦情を随時受け付け、正確に状況の把握をします。
- ② 苦情の受付から解決、改善までの経過と結果について苦情受付書に記録します。
- ③ 苦情内容を確認の上、苦情処理対策委員会を開催し、苦情の原因調査を行い、解決策を検討します。
- ④ 苦情申し出者との話し合いにおいて原因の報告、解決策の提示をし、苦情の解決を図ります。
- ⑤ 第三者委員会の評価 【無し】

令和 年 月 日

〔緊急時の連絡先（医療機関名等）〕

主治医：氏名
医療機関名
所在地

電話番号

利用契約の締結にあたり、上記の重要事項を説明いたしました。

事業所 清揚苑 デイサービスセンター

説明者 平松 久志

利用契約の締結にあたり、上記の重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

連帯保証人（又は法定代理人）

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____