

デイサービスご利用のご案内

(重要事項説明書)

社会福祉法人 九十九会

ユートピア第2つくも
デイサービスセンター

令和6年8月版

重要事項説明書

(通所介護・介護予防通所介護サービス)

居宅サービス提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

| | |
|--------|-----------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 九十九会 |
| 法人所在地 | 名古屋市中区新栄三丁目 32 番 17 号 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者氏名 | 理事長 安田 亮 |
| 電話番号 | 052-263-3380 |

2. 利用施設

| | |
|----------|----------------------|
| 施設の名称 | ユートピア第2つくもデイサービスセンター |
| 施設の所在地 | 名古屋守山区鼓が丘1丁目115番地 |
| 施設長名 | 施設長 進藤 浩 |
| 電話番号 | 052-739-1677 |
| ファクシミリ番号 | 052-739-1679 |

3. ご利用施設にあわせて実施する事業

| | | 愛知県知事の事業者指定 | | 利用定員 | |
|----------|------------|------------------|------------|------|--|
| | | 指定年月日 | 事業所番号 | | |
| 施設 | 指定介護老人福祉施設 | 平成 12 年 4 月 1 日 | 2371300134 | 96 名 | |
| | 指定介護老人福祉施設 | 平成 26 年 4 月 1 日 | 2371302858 | 60 名 | |
| 居宅 | 通所介護 | 平成 12 年 1 月 28 日 | 2371300241 | 39 名 | |
| | 短期入所生活介護 | 平成 12 年 1 月 28 日 | 2371300258 | 24 名 | |
| 居宅介護支援事業 | | 平成 12 年 1 月 28 日 | 2371300266 | | |

4. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-----------|---|
| 事業の運営基本方針 | <p>法人創立の理念である「人間尊重」の心に基づき、全職員が人と人とのふれあいを重視した高齢者福祉活動を実施します。</p> <p>高齢者が持つニーズや社会の変化に合わせてユートピア第2つくもの機能を有効に発揮できる運営をめざします。</p> <p>利用されるご本人のみならず、地域在住の高齢者に対して柔軟に対応できるサービス体制を常に整え、地域の中での高齢者福祉資源としての役割を担い、存在価値を高めることがユートピア第2つくもの使命です。そのため、地域サービス事業の活性化のためにボランティア活動への援助や地域諸団体との連携を大切にします。また、職員は高齢者との信頼関係にたつて思いやりのある態度で接することを心がけています。</p> |
|-----------|---|

5. 施設の概要

(1) 敷地及び建物（デイサービスセンター関連部分にのみ）

| | | |
|----|------------|-----------------------|
| 敷地 | 3,300㎡ | |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造 地上4階建（耐火建築） |
| | 述べ床面積 | 544.3㎡（全体6,306.62㎡） |
| | 内デイサービス床面積 | 198.34㎡ |
| | 利用定員 | 39名 |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 | 1人あたりの面積 |
|-------|-----------------|---------|----------|
| 事務室 | 1室 | 22.50㎡ | |
| 静養室 | 7ベッド | 29.40㎡ | |
| 食堂 | 1室 | 101.44㎡ | 2.54㎡ |
| 機能訓練室 | 1室 | 45.00㎡ | 1.13㎡ |
| 相談室 | 1室 | 42.00㎡ | 1.05㎡ |
| 一般浴室 | 1室 | 22.93㎡ | |
| 機械浴室 | 特殊浴槽1台（チェアインバス） | | |
| 医務室 | 1室 | | |
| トイレ | 3箇所 | | |

（注）食堂の指定基準は、1人あたり 3.0㎡

6. 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | | | | 常勤換算後の人員 | 事業者の指定基準 | 保有資格 |
|---------|----|----|----|-----|-----|----------|------------------|------|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | |
| 施設長 | 1 | 1 | | | | 1 | 社会福祉主事 1名 | |
| 生活相談員 | 3 | 1 | 2 | | 1.3 | 1 | 介護福祉士・介護支援専門員 3名 | |
| 介護職員 | 8 | 5 | 2 | 3 | 9.7 | 6 | 介護福祉士 6名 | |
| 看護職員 | 3 | | | 3 | | 1 | 看護師2名 准看護師1名 | |
| 機能訓練指導員 | 3 | | | 3 | | 1 | 看護師2名 准看護師1名 | |

7. 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休日等 |
|---------|---------------------------------------|------|
| 施設長 | 正規の勤務時間帯（8：45～17：30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:30・9:30～18:30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 介護職員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:30・9:30～18:30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 看護職員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:30・9:30～18:30）非常勤で勤務 | 4週8休 |
| 機能訓練指導員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:30・9:30～18:30）非常勤で勤務 | 4週8休 |

8. デイサービスの概要

| | |
|----------------|--|
| サービス提供時間 休日 | 午前9時45分から午後5時00分 日曜日 年末年始 12月29日～1月3日 |
|----------------|--|

(1) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|------------|---|
| 排 泄 | ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入 浴 | ・利用者の状態に応じて、一般浴または機械浴（チェアインバス）により入浴サービス提供します。 |
| 着替え 整容等 | ・入浴の際など着替えの援助が必要な場合は、適切に援助を行います。 ・入浴後には、適宜、髭剃り、爪切りなどの整容を行います。 |
| 機能訓練 | ・機能訓練指導員（所有資格 看護師・准看護師）による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。 当施設の保有するリハビリ器具 歩行器・車椅子・平行棒 |
| 健康管理 | ・施設到着次第、体温・血圧・脈拍の測定を行い、看護職員が健康状態をチェックします。 ・サービス提供中に、事故等が発生した場合には、速やかに利用者の家族及びかかりつけ医等に連絡するとともに、病院への搬送、救急車等の手配を行います。 |
| 相談及び援助 | ・当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員 井沼智恵 が担当します。 |

(2) 介護保険給付外サービス

| サービスの種別 | 内 容 |
|--------------------|---|
| 食 事 | ・管理栄養士の献立により、栄養と身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 (食事時間) 昼食 12:25 ~ 13:25 おやつ 14:30 ~ 15:00 (催しにより変更有) |
| 送迎（通常の事業実施区域外の送迎） | ・当施設が送迎可能と判断した場合には、当施設の送迎サービスをご利用いただけます。(区域外の送迎に要する費用はご利用者にご負担いただきます) |
| 食事材料の提供 | ・施設で提供させていただく給食については、実費を申し受けます。 |
| おむつの提供 | ・おむつが必要な方には実費を申し受けます。 |
| 利用者の選択による介護サービスの延長 | ・通所介護計画で必要とされるサービス利用時間を超えるサービス提供については、当施設が受入れ可能な場合のみ、ご利用いただけます。(時間延長に伴い必要となる費用については利用者にご負担いただきます。) |

| | |
|------------|--------------------|
| その他（レク材料等） | ・その都度ご相談させていただきます。 |
|------------|--------------------|

9. 送迎区域

| | |
|-----------|---|
| 通常の事業実施区域 | 守山区、尾張旭市、春日井市（篠木・菅大臣・小木田・桜佐・林島・下市場・熊野・堀ノ内・金口・北城・神領・大留・出川・気噴町） |
|-----------|---|

10. 利用料

(1) 介護保険給付サービス

| 区 分 | 利 用 料 |
|-------------|--|
| 法定代理受領の場合 | ・算定した通所介護、通所予防介護にかかる介護報酬の1割。 負担割合証の割合により、2割及び3割 (各種加算がある場合は介護保険加算後の額) |
| 法定代理受領でない場合 | ・算定した通所介護、通所予防介護にかかる介護報酬額 (各種加算がある場合は介護保険加算後の額) |

(2) 法定外給付

| 区 分 | 利 用 料 |
|--------------------|--|
| 送迎（通常の事業実施区域外の送迎） | ・施設から片道 400円 |
| 食事の提供 | ・1食 530円（おやつ代を含む） |
| おむつの提供 | ・おむつは原則としてご利用者の方で用意ください。 ・当施設の紙おむつをご利用の場合は次の代金をいただきます。 ア. 尿取りパット 1枚 40円 イ. 紙おむつ（パンツ式） 1枚 150円 |
| 利用者の選択による介護サービスの延長 | ・その方の要介護状態に応じて次のとおり。（ただし1時間ごとの単位） 時間外単価＝実施単価÷職員勤務時間 |
| 利用者の希望による全額自己負担利用 | ・要支援1状態で週2回ご利用する場合は、介護保険給付の10割を実費でいただくことでご利用可能です。 ・要支援2の方も同様です。 |

11. キャンセル料

| | |
|-------------|--|
| 当日キャンセルした場合 | ・食費相当額530円を申し受けます。 (10:30までに連絡を頂ければこの限りではありません) |
|-------------|--|

12. 苦情等申立先

| | |
|---------------------------------|--|
| ユートピア第2つくも 窓口生活相談員 | ご利用時間 9:00 ~ 17:00 ご利用方法 電話 052-739-1677 052-737-5766 (直通) |
| 愛知県国民健康保険 団体連合会 介護サービス相談室 | ご利用時間 9:00 ~ 17:00 (土・日曜日、祝日は除く) ご利用方法 電話 052-971-4165 |
| 名古屋市健康福祉 局介護指導課 | ご利用時間 9:00 ~ 17:00 (土・日曜日、祝日は除く) ご利用方法 電話 052-959-2592 |

13. 賠償責任保険加入先

| | |
|-------|-------------------------|
| 保険会社名 | 株式会社 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 |
| 加入保険名 | 賠償責任保険 |

14. 非常災害時の対策

| | | | | |
|-----------------|--|------|-----------|------|
| 非常時の対応 | ・別途定める「特別養護老人ホームユートピア第2つくも 消防計画」に則り、対応を行います。 | | | |
| 平常時の訓練等 防災設備 | ・別途定める「特別養護老人ホームユートピア第2つくも 消防計画」に則り年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、介護施設と合同で実施します。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 個所 | |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | 25個所 |
| | 非難階段 | 4個所 | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知機 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 誘導灯 | 72個所 | 漏電火災報知機 | あり |
| | ガス漏れ報知機 | あり | 非常用電源 | あり |
| | カーテン・布団等は防煙性能のあるものを使用しております。 | | | |
| 消防計画等 | ・消防署への届出日：令和5年 7月 18日 ・防火管理者：進藤 浩 | | | |

15. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|------------------|--|
| 喫煙 | ・ 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 |
| 外出 | ・ 一旦施設に来所いただいた場合、ご自分で外出されるのはご遠慮ください。 ・ 徘徊癖のある方は、事前に施設にその旨をお知らせください。 |
| リハビリ器具の使用 | ・ 利用にあたっては、施設の職員に声をかけるようにしてください。 間違った使用方法では危険な場合もあります。 |
| 居室・設備・器具の利用 | ・ 多くの利用者の共用されるものですので、きれいに使用するよう に心掛けてください。 ・ 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下 さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償してい ただくことがございます。 |
| 宗教活動・政治活動 | ・ 施設内での宗教活動および政治活動はご遠慮ください。そうした活 動をされた場合、ご利用を見合わせていただくこともあります。 |
| 伝染病疾患等の 情報提供 | ・ 利用者が他に感染の恐れのある病気に罹患した場合には、速やかに その旨を施設までご連絡願います。 |
| 金品等の持参及 びやりとり | ・ 現金・貴重品等は、持参しないで下さい。万一、当方で紛失等され ましても責任は負いかねます。 ・ ご利用者同士又は職員に対してのお金や物のやりとりは原則として 禁止致します。 |
| 迷惑行為等 | ・ 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 |
| 禁止行為 | ・ 職員及び利用者に対するハラスメント(身体的暴力・精神的暴力 及び・性的暴力)は、ご遠慮願います。(セクシャル及びカスタ マーハラスメント) ・ 過剰または、不都合な要求、合理的範囲を超えと思われる (時間的・場所的)拘束には対応できません。(カスタマー及びセ クシャルハラスメント) |

16. 事故発生時の対応

事故が発生した場合には、市町村、家族、居宅支援事業所などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、原因を解明し再発を防ぐ為の対策を、施設長をはじめとする各部署の責任者がその都度講じるものとする。

17. 営業不可能時について

暴風警報発令時、降雪による送迎車運行不可能時等、管理者が運営に危険が伴うと判断する場合には休業をさせて頂く場合がございます。

1 8. デイサービス利用についての同意事項

- ① デイサービス利用時、急変等で救急搬送の場合、御家族様へ一報入れるとともに、指定医療機関へ搬送依頼します。
- ② デイサービスの健康チェック時、体温・血圧・脈拍などで異常が発見された場合は、施設職員の指示に従います。
- ③ デイサービス利用に際し、善意と解せる行為が不慮の事故につながった場合、家族関係者は意義を申し立てません。

ユートピア第2つくも デイサービスセンター ご利用料金について

① 基本料金(保険給付自己負担額)

| 要介護度 | 負担単位 |
|-------|------|
| 要介護 1 | 645 |
| 要介護 2 | 762 |
| 要介護 3 | 883 |
| 要介護 4 | 1004 |
| 要介護 5 | 1125 |

② 下記項目に該当する場合の保険給付額

| 項目 | 負担単位 |
|--------------|-----------|
| 入浴介助加算 | 50(1回あたり) |
| 個別機能訓練加算(I) | 46(1回あたり) |
| サービス提供体制強化加算 | 18(1回あたり) |

A 保険対象費用総額 (① + ②) × 10.68(地域加算含む)

B 保険金額 Aの9割

C 保険対象利用者負担 (総額の1割を負担)

C + 500円(食費)が1回あたりのご負担金です。

一回あたりのご利用料金(入浴+食費)

(指定通所介護)

| | | |
|-------|--------|--------|
| 要介護 1 | ¥1,311 | |
| 要介護 2 | ¥1,436 | |
| 要介護 3 | ¥1,565 | |
| 要介護 4 | ¥1,694 | |
| 要介護 5 | ¥1,827 | (1回/日) |

処遇改善加算 I として、通所サービス介護保険総単位数の一か月分に 4.0%を乗じた金額が加算されます。

毎月月末にご利用料金を計算させていただき翌月のご利用時に請求書をお渡しします。

ご指定の金融機関からのお引き落としとなります。毎月 26 日に引き落としの対象となります。

ユートピア第2つくも デイサービスセンター ご利用料金について

(介護予防通所介護・支援事業ご利用の皆様へ)

① 基本料金（保険給付自己負担額）

| 要介護度 | 負担単位 |
|------------|------|
| 要支援 1・支援事業 | 1647 |
| 要支援 2 | 3377 |

② 下記項目に該当する場合の保険給付額

| 項目 | |
|----------------|------------------|
| 運動機能訓向上加算 | 225（一ヵ月あたり） |
| サービス提供体制加算（I）イ | 72（要支援1、一ヵ月あたり） |
| サービス提供体制加算（I）イ | 144（要支援2、一ヵ月あたり） |

A 保険対象費用総額（①+②）×10.68（地域加算含む）

B 保険金額 : Aの9割

C 保険対象利用者負担 : (A - B)

C +500円（食費）が1回あたりのご負担金です。

③ 一回あたりのご利用料金（入浴+食費）

| 要介護度 | |
|------------|------------------------------------|
| 要支援 1・支援事業 | 2,077円 + (500円（食費）×ご利用回数（週1回利用可能）) |
| 要支援 2 | 4,001円 + (500円（食費）×ご利用回数（週2回利用可能）) |

処遇改善加算Iとして、通所サービス介護保険総単位数の一ヵ月分に4.0%を乗じた金額が加算されます。

④ お支払いについて

毎月月末にご利用料金を計算させていただき、翌月のご利用時に請求書をお渡しします。ご指定の金融機関からのお引き落としとなります。毎月26日が引き落としの対象となります。

重要事項説明確認書

私は、別紙書面（重要事項説明書）に基づいて乙の職員、

（職名 生活相談員 氏名 井沼智恵）

から重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年_____月_____日

ご利用者

住所_____

氏名_____印

ご利用者の家族
又は代理人

住所_____

氏名_____印

続柄_____