

株式会社介護ユーアイ デイサービスユーアイみのわ
(日常生活支援総合事業に基づく介護予防)

通所介護 重要事項説明書

＜ 令和 6 年 6 月 1 日現在 ＞

1、事業の目的および運営方針

(1) 事業の目的

株式会社介護ユーアイが運営するサービス事業所で通所介護を提供することにより、利用者が自立した日常生活を営むことができますよう、要支援・要介護状態となることの予防等についてご支援させていただきます。

(2) 運営の方針

- ① サービス内容を事前にわかりやすく説明します。
- ② 利用者の状態に適したサービスを提供します。利用者の心身の状態や生活環境に適した適切なサービスを提供できるよう、「通所介護計画書」を作成します。その際、利用者やご家族等のご希望をお伺いし、具体的な内容を記載します。
- ③ サービスの質的向上を目指します。常にサービスの質の改善を図るよう努力します。
- ④ 他の関係機関との連携に努めます。利用者の自立した日常生活を支援するために、居宅介護支援事業所、サービス提供事業所、医療機関、自治体、その他関係機関との密接な連携に努めます。
- ⑤ サービスの提供時にはサービスの提供内容を記録します。利用者のご希望に沿ったサービスが提供できるよう、利用期間中のサービス内容の記録を作成し、利用者に対して報告します。必要な時はいつでもコピーをお渡しできます。

2、提供するサービスの内容

- (1) 日常生活を営む上で必要な介護(入浴、食事、排泄、着替えなど)を心身機能の状況に応じてご提供させていただきます。
- (2) 入浴サービスの提供
- (3) 食事サービスの提供
- (4) 送迎サービスの提供
- (5) 季節感、楽しみや生きがいを感じることもできるようなレク活動等
- (6) 利用者の生活の質の向上のための相談・助言

3、サービス内容の変更

- (1) 利用回数、曜日などのサービス内容の変更を希望する時は、当センターもしくは居宅サービス計画の作成を依頼している居宅介護支援専門員(ケアマネージャー)に事前にご相談ください。
- (2) サービス事業所の変更
当事業所から他事業所への変更を希望される場合は、当センターもしくは居宅サービス計画の作成を依頼しているケアマネージャーに事前にご相談ください。
※事情により必ずしもご希望に添えないこともありますのでご了承ください。

4、サービス事業所の主たる従業員の職種、職務内容及び体制

職種	資格等	常勤職員数	非常勤職員数
管理者	社会福祉主事任用資格	1名	
生活相談員	介護福祉士 社会福祉主事任用資格	2名以上	
看護職員	看護師・准看護師	1名以上	1名以上
機能訓練指導員	看護師・准看護師	1名以上	1名以上
介護職員	介護福祉士	1名以上	
	介護職員初任者研修 修了者	1名以上	
	介護職員実務者研修 修了者	1名以上	

5、地域密着型通所介護利用料金（介護保険適用時） （介護予防・日常生活支援総合事業費）

要支援

<基本料金> 金額：単位（円）

1単位=10.9円

	単位	負担割合 1割	負担割合 2割	負担割合 3割
要支援1（週1回程度）	1798	1960	3920	5880
要支援1（週2回程度）	3621	3947	7894	11841
要支援2（週1回程度）	1811	1974	3948	5922
要支援2（週2回程度）	3621	3947	7894	11841

<加算>

	単位	負担割合 1割	負担割合 2割	負担割合 3割
通所型独自サービス 科学的介護推進加算（1月につき）	40	44	88	131
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の9.0%を加算			

要介護

<基本料金> 1日につき 金額:円

1単位=10.9円

利用時間	3時間以上4時間未満				4時間以上5時間未満				5時間以上6時間未満			
	単位	1割	2割	3割	単位	1割	2割	3割	単位	1割	2割	3割
要介護1	416	454	907	1361	436	476	951	1426	657	717	1433	2149
要介護2	478	521	1042	1563	501	546	1092	1638	776	846	1692	2538
要介護3	540	589	1178	1766	566	617	1234	1851	896	977	1954	2930
要介護4	600	654	1308	1962	629	686	1372	2057	1013	1105	2209	3313
要介護5	663	723	1446	2169	695	758	1515	2273	1134	1236	2472	3708

利用時間	6時間以上7時間未満				7時間以上8時間未満				8時間以上9時間未満			
	単位	1割	2割	3割	単位	1割	2割	3割	単位	1割	2割	3割
要介護1	678	739	1478	2217	753	821	1642	2463	783	854	1707	2561
要介護2	801	873	1746	2619	890	971	1941	2911	925	1009	2017	3025
要介護3	925	1009	2017	3025	1032	1125	2250	3375	1072	1169	2337	3506
要介護4	1049	1144	2287	3431	1172	1278	2555	3833	1220	1330	2660	3990
要介護5	1172	1278	2555	3833	1312	1430	2860	4290	1365	1488	2976	4464

<加算>

		単位	負担割合 1割	負担割合 2割	負担割合 3割
1日につき	通所介護個別機能訓練加算Ⅰイ	56	61	122	183
	通所介護入浴介助加算Ⅰ	40	44	88	131
1月につき	科学的介護推進体制加算	40	44	88	131
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	20	22	44	66
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の9.0%を加算			

6、介護保険外(自己負担額)について

- ・昼食代 1日600円
 - ・おやつ代 1日100円
 - ・行事に係る費用等は自己負担となります。
- 事前に、ご本人、ご家族、ケアマネージャーに連絡します。

7、キャンセル料について

御利用者様のご都合でサービスを中止する場合、下記キャンセル料が発生します。

- ・ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合…無料
- ・ご利用日の当日午前8時30分までに連絡がなかった場合…1,000円

※昼食の準備、送迎等の手配がありますので出来るだけ早くにご連絡ください。

8、利用料金等の支払方法について

- ・毎月、10日頃までに前月分の請求をいたしますので、22日までにお支払いください。お支払いが確認できた後、領収書を発行します。

- ・お支払い方法は、口座自動引き落としをお願いいたします。現金集金がい方は、ご契約の際にお申し出ください。

9、サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いします。通所介護計画書作成と同時に契約をむすび、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合はまずは事前にケアマネージャーとご相談ください。

(2) 利用上の注意点

サービスをご利用される時は、以下の点に注意してください。

- ・他の利用者に迷惑や危険を及ぼすような行為はしないでください。
- ・事業所の施設及び設備等は、本来の用途に沿って使用し、故意に破損させたりすることのないようしてください。
(状況に応じて費用をご負担していただく場合がございます。)
- ・利用者の生命及び身体の安全確保や利用者に対して安心してサービスを受けいただくために従業者の指示に従ってください。
- ・施設内は全面禁煙です。ご理解のほどよろしくお願いします。

(3) 利用限度(回数)

利用者は、契約期間中に、居宅介護サービス費区分支給限度額の、サービスを利用することができます。

10、サービスの中止

サービスの中止を希望される時は、中止を希望する通所日の当日午前8時30分までに事業所にご連絡ください。

11、サービスの終了

(1) お客様の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了希望日の1週間前までにお申し出ください。

(2) 当社の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知致します。

(3) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・利用者様がお亡くなりになった場合

(4) その他

- ・当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者様が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上滞延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、14日以内に支払わない場合は契約を解約したうえで未払い分をお支払い頂きます。

- ・利用者様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者様や家族などが、当センターや当センターのスタッフに対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座に契約を終了させていただく場合がございます。

12、緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせをもとに、ご家族、ケアマネージャー、主治医と連携を取ります。必要時、救急要請を行います。

緊急連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話	自宅： 携帯： その他：		

主治医

病院・診療所名	
医師名	
住所	
電話	

13、事故の発生における対応方法

事故発生時は迅速にご家族、居宅介護支援専門員等に連絡し必要な措置を講じます。

14、非常災害対策

- ・防災時の対応 … 当センターサービスマニュアルに従って対応
- ・防災設備 … 当センター消防計画に基づき実施
- ・防災訓練 … 当センター消防計画に基づき実施
- ・防火責任者 … 白田 純

15、虐待防止の為の措置

「高齢者虐待防止法」に基づき、虐待防止に必要な措置を講じるとともに、市区町村との連携に努めます。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じる。

(1)虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知する。

(2)虐待の防止のための指針を整備する。

(3)従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。

(4)前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

前項第一号に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。

16、ハラスメント対策

ハラスメントに対する基本的な考え方やその対応について、事業運営の基本方針として決定し職員と共有するとともに、それに基づいた取り組み等を行います。

また、利用者や家族等にも周知し、ハラスメントを未然に防止します。

17、感染症・災害・虐待対策の充実

感染症や災害への対応力を強化し、日頃からの発生時に備えた取り組みや有事を想定した業務継続計画(BCP)の策定等を推進します。また、虐待の未然防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するよう取り組みます。

18、サービス内容に関する苦情

サービスに対する相談、要望及び苦情等は下記窓口までお申し出ください。

デイサービスユーアイ みのわ 管理者 白田 純	所在地 東京都荒川区東日暮里 1-2-3 電 話 03-5615-1270 F A X 03-5615-1271 受付時間 8:30～18:00(月～土曜日)
荒川区役所	担当窓口 介護保険課 電 話 03-3802-3111 受付時間 8:30～17:15(土曜・日曜・祝祭日を除く)
東京都国民健康保険 団体連合会	担当窓口 介護保険部 相談指導課 相談窓口担当 電 話 03-6238-0177 受付時間 9:00～17:00(土曜・日曜・祝祭日を除く)

19、当センターの概要

名称	デイサービスユーアイみのわ
住所・電話	荒川区東日暮里 1-2-3 電話 03-5615-1270
事業所番号	1371803667
管理者	白田 純
建物	地上2階建て1階部分 鉄骨造り
設備	食堂兼機能訓練室 81.75 m ² 入浴設備あり
利用定員	通所介護 18 人まで
送迎範囲	荒川区全域
営業日	月・火・水・木・金・土 祝日の営業あり 年末年始 12月29日～1月3日は休み
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 6 時

20、当社の概要

名称・法人種別	株式会社介護ユーアイ
代表取締役	渡邊 ひな子
本社所在地・電話番号	東京都荒川区西尾久7-15-4 電話 03-3810-6069
定款の目的に定めた事業	1、 居宅介護支援事業 2、 (介護予防)訪問介護事業 3、 福祉用具貸与・販売事業 4、 (介護予防)通所介護事業 5、 訪問看護事業

21、第三者評価の実施の有無

当社では第三者評価の実施はしていません。

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。

令和 年 月 日

《事業者》 所在地 東京都荒川区西尾久7-15-4

名称 株式会社介護ユーアイ

説明者 (所属) デイサービスユーアイみのわ

(説明者) _____

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、同意しました。

(利用者) 氏名 _____

住所 _____

(代理人) 氏名 _____

住所 _____

個人情報の利用同意書

私（および私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限度の範囲内で使用、提供または収集することに同意します。

1、利用期間

介護サービス提供に必要な期間および契約期間に準ずるものとします。

2、利用目的

- （1）医療機関、介護支援専門員、医療機関、介護サービス事業者、自治体（保険者）その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- （2）利用者が、主治医等の意見を求める必要がある場合
- （3）当該事業所でのケアカンファレンスのため
- （4）行政の評価会議、サービス担当者会議など
- （5）地域ケア会議等研修事例提供のため
- （6）その他サービスを提供するにあたり必要な場合、緊急を要する時の連絡の場合等

3、使用条件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しない。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- （2）個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

（利用者） 氏名 _____

住所 _____

（代理人） 氏名 _____

住所 _____

写真の掲載について

日頃より弊社の運営、活動につきまして、ご理解ご協力いただき誠にありがとうございます。

デイサービスユーアイではご利用様の活力ある姿をご家族の方々のみならず、地域の皆様や他の介護サービス事業所等にご紹介させていただきたいと考えています。

そこで、ホームページをはじめとし、パンフレット等にご利用様の生き生きとした写真等を掲載したいと考えています。

つきましては、これらの媒体に個人が映っている写真等を掲載することを事前に承諾いただければ幸いです。

記

【掲載内容】

○センター内外での活動全般の様子

○個人が作成した作品（ぬりえ、絵画、創作物等）

※承諾がない場合は、掲載は致しません。

※掲載後でも、ご利用者本人やご家族から訂正・削除依頼があれば、対応いたします。

・インターネット上の掲載	（同意します 同意しません）
・パンフレット掲載	（同意します 同意しません）
・センター内の写真掲載	（同意します 同意しません）

令和 年 月 日

利用者名

家族氏名（続柄）