

デイサービスセンター海山園 重要事項説明書

(介護給付・日常生活支援総合事業 共通)

1 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

名 称	デイサービスセンター海山園
所 在 地	京都府京丹後市久美浜町湊宮 4 6 7 番地の 6 0
事 業 所 番 号	2 6 7 2 4 0 0 0 6 2
送迎サービスを提供 する対象地域	久美浜町内及び網野町木津・浜詰

＊ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください

(2) 職員体制（職員配置は指定基準を遵守しています）

職 種	員 数
管 理 者	1 名（兼務）
生 活 相 談 員	2 名以上（介護職員と兼務）
介 護 職 員	1 2 名以上（内 2 名以上は生活相談員と兼務）
看 護 職 員	3 名以上（兼務）
機能訓練指導員	3 名以上（兼務）

(3) 事業所の設備等

定 員	4 2 名
食堂兼機能訓練室	1 室 1 3 6 m ²
浴 室	一般浴槽と特殊浴槽があります
静 養 室	1
相 談 室	1
送 迎 車	7 台

(4) 営業時間

月～土曜日

午前 9 時 1 0 分～午後 4 時 2 0 分

(5) 休業日

年末年始 1 2 月 3 1 日から翌年 1 月 3 日まで

2 提供するサービス内容

① レクリエーション	お花見会、盆踊り会、運動会、クリスマス会等の各種季節行事や、お誕生日会や、お買い物等、盛りだくさんのメニューを取り入れて楽しんでいただきます。
② 機能訓練	簡単な体操や、現機能の維持向上のため、日常生活動作に応じて対応します。
③ 生活相談	利用者の方の健康や、生活上の問題点等についての相談や、アドバイスを行い必要に応じ他機関への橋渡し等を行います。
④ 食事	各季節の行事食を陶器、磁器の器に盛り付けて、味わっていただくと共に、目でも楽しんでいただきます。
⑤ 入浴	一般浴と、特殊浴槽を整備し体の状況に応じて入浴していただけます。
⑥ 送迎	送迎の待ち時間を最小限にするためルート・時間の調整等を行います。

3 利用料金

(1) 介護保険適用サービスの利用料

お支払いいただく料金は、原則としてお持ちの負担割合証に記載の割合が基準となります。表に記載しております金額は、1割負担の場合の金額となります。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

ア. 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の利用料は、次の①基本額と②加算額の合計した額

① 基本額（月額）

事業対象者 要支援 1	1, 7 9 8 円
要支援 2	3, 6 2 1 円

② 加算額（月額）

サービス内容略称	単位(円)	備 考
栄養改善加算	200	・低栄養等の利用者に対し管理栄養士等が栄養ケア計画を作成し実施、見直しを行い、必要に応じて居宅を訪問した場合に加算されます。
口腔機能向上加算 I	150	・口腔機能の低下している利用者に対して口腔機能改善の為に計画を作成し実施、評価を行った場合に加算されます。
口腔機能向上加算 II	160	・上記の加算要件に加え、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報、その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に加算。
生活機能向上グループ活動加算	100	・利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合
若年性認知症利用者受入加算	240	・若年性認知症の利用者が予防通所介護サービスを利用した場合

一体的サービス提供加算	480	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること ・利用者が第1号通所事業通所介護の提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること ・栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと
サービス提供体制強化加算Ⅰ1	88	・介護福祉士の有資格者を全体の70%以上配置、又は勤続10年以上介護福祉士の配置割合が25%以上の場合（要支援1）
サービス提供体制強化加算Ⅰ2	176	・介護福祉士の有資格者を全体の70%以上配置、又は勤続10年以上介護福祉士の配置割合が25%以上の場合（要支援2）
サービス提供体制強化加算Ⅱ1	72	・介護福祉士の有資格者を全体の50%以上配置の場合（要支援1）
サービス提供体制強化加算Ⅱ2	144	・介護福祉士の有資格者を全体の50%以上配置の場合（要支援2）
サービス提供体制強化加算Ⅲ1	24	・介護福祉士の有資格者を全体の40%以上配置、又は予防通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続7年以上の者の占める割合が30%以上の場合（要支援1）
サービス提供体制強化加算Ⅲ2	48	・介護福祉士の有資格者を全体の40%以上配置、又は予防通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続7年以上の者の占める割合が30%以上の場合（要支援2）
生活機能向上連携加算Ⅰ	100	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医師（以下、理学療法士等）からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が共同して生活機能等の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行った場合
生活機能向上連携加算Ⅱ	200	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が事業所を訪問し、機能訓練指導員等が共同して生活機能等の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	・介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	・利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合
栄養アセスメント加算	50	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士を1名以上配置し、利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。また、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理

		の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合
科学的介護推進体制加算	40	・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出を行なう。 また、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用等した場合。1月につき所定単位数を算定する
介護職員処遇改善加算Ⅰ		・一定基準に適合している介護職員の賃金改善等を実施している事業所が利用者に対し、サービスを行った場合、1月の利用総単位数の1,000分の92に相当する単位数を加算
介護職員処遇改善加算Ⅱ		・上記と同様であるが、算定要件若干不足の為、算定する総単位数の1,000分の90の単位数を加算
介護職員処遇改善加算Ⅲ		・上記と同様であるが、算定要件若干不足の為、算定する総単位数の1,000分の80の単位数を加算

※事業所が送迎を行わない場合等には所定単位数の減算を行ないます

※事業所の体制等により算定する加算が変更になる場合があります

イ. 通所介護サービスの利用料は別表①のとおり

別表① ※要介護度や事業所の体制により該当項目が変わります。

サービス内容略称	単位(円)	備 考
通所介護Ⅱ 5 1	629	要介護1の方(7時間以上8時間未満のサービス提供)大規模型通所介護費(Ⅰ)
通所介護Ⅱ 5 2	744	要介護2の方(7時間以上8時間未満のサービス提供)大規模型通所介護費(Ⅰ)
通所介護Ⅱ 5 3	861	要介護3の方(7時間以上8時間未満のサービス提供)大規模型通所介護費(Ⅰ)
通所介護Ⅱ 5 4	980	要介護4の方(7時間以上8時間未満のサービス提供)大規模型通所介護費(Ⅰ)
通所介護Ⅱ 5 5	1,097	要介護5の方(7時間以上8時間未満のサービス提供)大規模型通所介護費(Ⅰ)
通所介護感染症災害3%加算		・感染症又は災害の発生等を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合に所定単位数の3%を加算
個別機能訓練加算Ⅰイ	56	・機能訓練指導員を専従1名以上(時間の定めなし)配置し、居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成し実施した場合等に加算
個別機能訓練加算Ⅰロ	76	・上記と同様であるが、加算Ⅰイに加えて機能訓練指導員を専従で1名以上配置した場合に加算
個別機能訓練加算Ⅱ	20	・加算Ⅰに加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合
入浴介助加算Ⅰ	40	・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること ・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと

入浴介助加算 II	55	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、理学療法士、介護支援専門員等又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員等、その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下「医師等」という）が、利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価等していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合には、訪問した医師等が、介護支援専門員等と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行っても差し支えない ・当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、医師等と連携の下で、利用者の身体の状態、訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。ただし、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることができる ・上記の入浴計画に基づき、個浴又は利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行うこと
中重度者ケア体制加算	45	<ul style="list-style-type: none"> ・中重度要介護者を受入れる体制等を構築し、サービスを実施した場合
生活機能向上連携加算 I	100	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあつては、許可病床数 200 床未満のもの又は当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医師（以下、理学療法士等）からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が共同して生活機能等の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場合又は ICT を活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行った場合
生活機能向上連携加算 II	200	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が事業所を訪問し、機能訓練指導員等が共同して生活機能等の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること（個別機能訓練加算を算定している場合は 100 単位）
栄養アセスメント加算	50	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士を 1 名以上配置し、利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。また、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合
栄養改善加算 （月 2 回の算定を限度）	200	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養状態にある者等に対し管理栄養士等が栄養ケア計画を作成し実施、見直しを行い、必要に応じて居宅を訪問した場合に加算
口腔・栄養スクリーニング加算 I	20	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	・利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合
口腔機能向上加算Ⅰ	150	・口腔機能の低下している利用者に対して口腔機能改善の為の計画を作成し実施、評価を行った場合に加算（月2回を限度）
口腔機能向上加算Ⅱ	160	・口腔機能向上加算Ⅰの加算要件に加え、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報、その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に加算（月2回を限度）
科学的介護推進体制加算	40	・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出を行なう。また、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用等した場合。1月につき所定単位数を算定する
認知症加算	60	・定められた人員配置基準を満たし、認知症利用者にサービスの実施等した場合
若年性認知症利用者受入加算	60	・若年性認知症の利用者を受け入れたサービスを実施した場合
ADL維持等加算Ⅰ	30	・（1）利用者の総数が10人以上であること（2）利用者全員について、評価対象利用期間の初月と、当該月の翌月から起算して6月目において Barthel Index※を適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること（3）評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上である場合
ADL維持等加算Ⅱ	60	・ADL維持等加算Ⅰの（1）と（2）の要件を満たすこと。評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が3以上であること。上記と同様、利用者のADL値を測定しその結果を厚生労働省へ提出した場合
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	・介護福祉士の有資格者を全体の70%以上配置、又は勤続10年以上介護福祉士の配置割合が25%以上の場合
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	・介護福祉士の有資格者を全体の40%以上配置、又は通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続7年以上の者の占める割合が30%以上の場合
介護職員処遇改善加算Ⅰ		・一定基準に適合している介護職員の賃金改善等を実施している事業所が利用者に対し、サービスを行った場合、1月の利用総単位数の1,000分の92に相当する単位数を加算
介護職員処遇改善加算Ⅱ		・上記と同様であるが、算定要件若干不足の為、算定する総単位数の1,000分の90の単位数を加算
介護職員処遇改善加算Ⅲ		・上記と同様であるが、算定要件若干不足の為、算定する総単位数の1,000分の80の単位数を加算

＊事業所が送迎を行わない場合等、所定単位数の減算を行ないます

※事業所の体制等により算定する加算が変更になる場合があります

(2) 介護保険適用外のサービス

種 類	内 容	利用料
対象地域以外の送迎代	・送迎サービスを提供する対象地域以外の地域の送迎をご利用いただけます。	・京丹後市峰山町・京丹後市網野町（木津・浜詰を除く）・豊岡市・・・200円 ・京丹後市大宮町・京丹後市丹後町・京丹後市弥栄町その他の地域・・・300円
食 費	・食材料費及び調理費	食 費 750円
おむつ代等	・おむつ代、尿とりパット、テープ止紙おむつ、紙パンツ等は、使用に応じて提供します。	実 費
そ の 他 の 日 常 生 活 費	・利用者の希望により身の回り品として日常生活に必要なもの、教養娯楽品として趣味活動に必要なものを提供します。	実 費
コ ピ ー 費 用	・サービス実施記録等のコピーを希望されたときは、お渡しします。	・1枚につき 10円

(3) 償還払いの場合

利用者が、一旦介護報酬額の全額をお支払いいただき、その後領収証を添付して、ご在住の市町村に請求をすると、割合に応じて還付が得られます。

(4) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料が必要です。

サービス提供日の当日9時までに連絡いただいた場合	無 料
サービス提供日の当日9時を過ぎて連絡いただいた場合 連絡をいただかなかった場合	750円

(5) 利用料の支払方法

前記(1) 介護保険適用サービス及び(2) 介護保険適用外サービスの料金・費用は、1カ月分をまとめて計算しご請求しますので、いずれかの方法でお支払い下さい。

①金融機関自動振替の場合

- ・請求書発行日の月末に振替先口座(京都銀行・京都北都信用金庫・京都農業協同組合・但馬信用金庫)より引き落としさせていただきます。

②金融機関振込みの場合

- ・請求書発行日から月末までに下記口座へお振込み下さい。

京都銀行 久美浜支店 普通預金 NO. 3240075

京都農業協同組合 久美浜支店 普通貯金 NO. 3938405

但馬信用金庫 久美浜支店 普通預金 NO. 0040766

社会福祉法人 太陽福社会 理事 鹿野 勇

京都北都信用金庫 久美浜支店 普通預金 NO. 0977564

社会福祉法人 太陽福社会 理事長 鹿野 勇

(6) 社会福祉法人による本人負担金減額制度について

当社会福祉法人と契約済みの市町村発行の「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」の提示が必要です。減額率と減額する内容は「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」で定められたものとします。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

受付 月～土 午前9：00～午後6：00

- ・サービス提供の依頼を受けた後、契約を結び、通所介護計画を作成して、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、事前に介護支援専門員とご相談ください。

5 当事業所の通所介護サービスの特徴等

(1) 事業の目的および運営の方針

事業の目的	本事業所は、老人福祉法及び介護保険法の理念に基づき、要介護・要支援状態にある高齢者等に対して介護等の生活援助を行い、利用者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるようにすることを目指し、高齢者福祉の増進に寄与することを目的とする。
運営の方針	本事業所は目的達成のため、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、保健医療、福祉関係者や行政機関等との密接な連携に努めるものとする。同時に明るく家庭的な雰囲気及び健全な環境の下での生活を確保するため、利用者の人格を尊重し、職員との信頼関係を基調とする適切な処遇について不断の努力を行う。

(2) サービスの利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	
従業員への研修の実施	有	年数回、内部、外部研修を実施します
個人情報の使用同意書	有	守秘義務

(3) サービスの利用のための留意事項

送迎の連絡方法	電話
体調確認と体調不良の場合の対応	バイタルチェックと見守り 医療機関や家族との連携
食事の内容	個々の咀嚼能力や嚥下能力を考慮する
機能訓練の内容	個々のADL(日常生活動作)に基づく
レクリエーション・趣味活動の内容	個々の嗜好や身体能力に基づく

6 緊急時の対応

サービスの提供中に容態の変化や事故等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者、市町村等へ連絡します。また、事業者の責任において事故が発生したときはその損害を賠償します。

7 相談・苦情の窓口

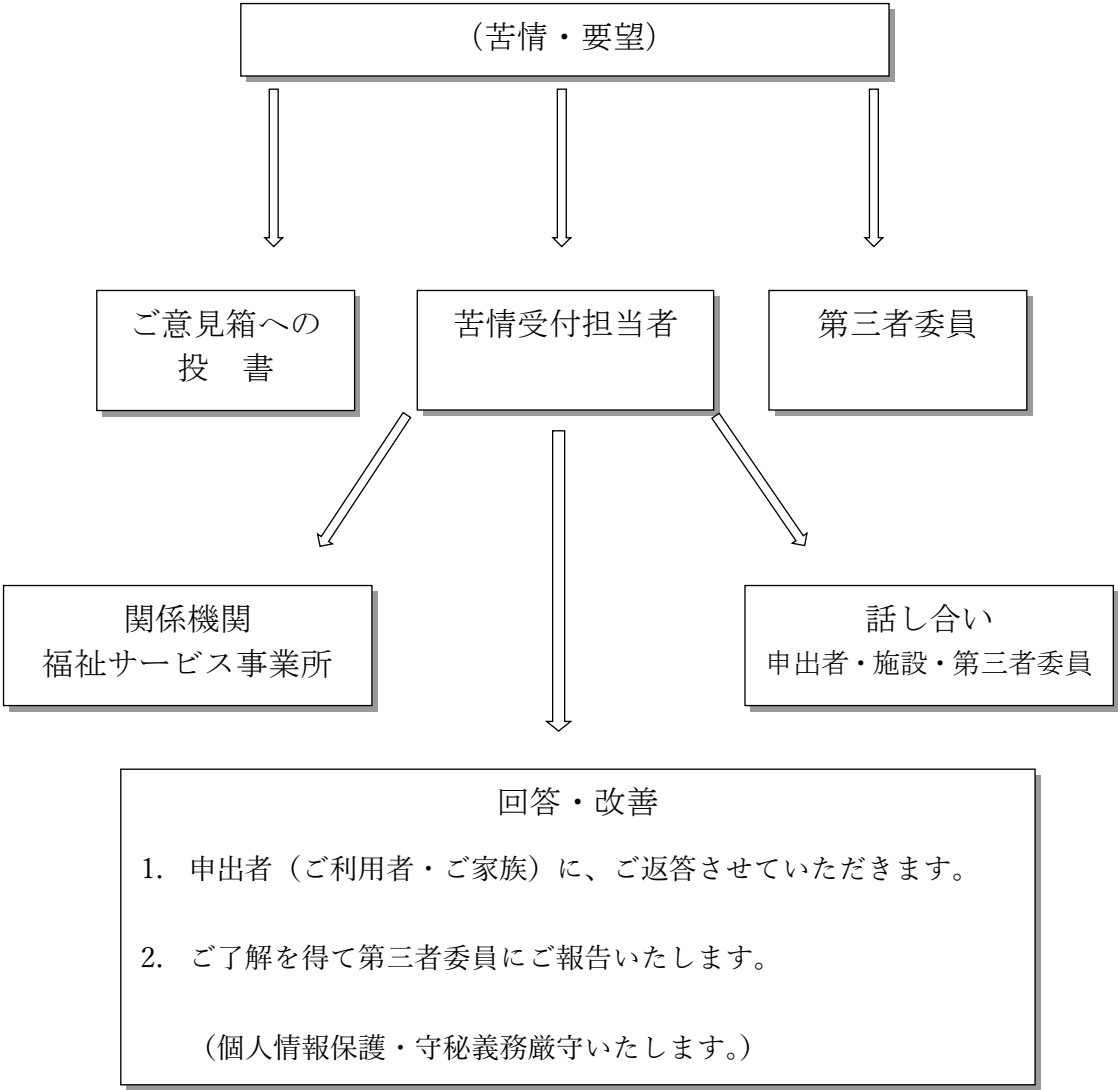
(1) 当施設

当事業所ご利用相談室	窓口担当者 谷口 悟 ご利用時間 毎日午前9時～午後6時 (当事業所の休日以外) ご利用方法 電話 0772-83-2111 面接 谷口 悟 苦情箱 (受付に設置)
------------	---

(2) 行政機関その他苦情受付機関

京丹後市 健康長寿福祉部 長寿福祉課	所在地 〒627-0012 京都府京丹後市峰山町杉谷691 電話 0772-69-0330 F A X 0772-62-1156 受付時間 午前8時30分～午後5時15分 (土・日・祝日は除く)
京都府国民健康保険 団体連合会	所在地 〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町620番地 COCON烏丸内 電話 075-354-9090 F A X 075-354-9055 受付時間 午前9時00分～午後5時00分 (土・日・祝日は除く)

(3) 苦情受付の仕組み



8 事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 太陽福祉会
代表者役職・氏名	理事長 鹿野 勇
所在地	京都府京丹後市久美浜町湊宮467番地の60
電話番号	0772-83-2111
定款の目的に定める事業	1 特別養護老人ホームの経営 2 軽費老人ホームの経営 3 老人デイサービス事業の経営 4 老人短期入所事業の経営 5 老人居宅介護等事業の経営 6 認知症対応型老人共同生活援助事業の経営 7 小規模多機能型居宅介護事業の経営 8 障害福祉サービス事業の経営

令和 年 月 日

デイサービスセンター海山園のご利用を申し込まれるにあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 京都府京丹後市久美浜町湊宮467番地の60

名称 デイサービスセンター海山園

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、デイサービスセンター海山園のサービスの提供開始及び利用料の徴収に関して同意しました。

利用者

住 所 _____ 京都府京丹後市久美浜町

氏 名 _____ 印

利用者が、署名出来ない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代行しました。

署名代行者

住 所 _____ 京都府京丹後市久美浜町

氏 名 _____ 印
(利用者との関係)

身元引受人

住 所 _____ 京都府京丹後市久美浜町

氏 名 _____ 印
(利用者との続柄)