

1. 事業者および事業所の概要

- 事業者の名称 デイサービスセンター 小泉の杜
- 設置運営主体 社会福祉法人 和会
- 代表者名 理事長 原 和隆
- 施設長名 施設長 井上恵美子
- 所在地 〒379-2222 群馬県伊勢崎市田部井町3丁目2017-2
- 連絡先 電話 0270-62-2000 FAX0270-62-2001
- 開設年月日 平成26年 5月 1日
- 定員 35名

2. 職員体制

職員の職種	員数	常勤		保有資格
		専従	兼務	
管理者	1名		1	
生活相談員	2名以上	1	2	社会福祉士・介護福祉士
看護職員	1名以上		3	看護師・准看護師
機能訓練指導員	1名以上	3	3	理学療法士・看護師・准看護師
介護職員	4名以上	5	5	介護福祉士
栄養士	1名以上		3	管理栄養士

3. 営業時間

- 営業日 月曜日 ～ 土曜日 （年末年始を除く）
- 営業時間 午前8時30分 ～ 午後5時30分
- サービス提供時間 午前9時30分 ～ 午後4時30分
※提供時間の延長の必要性が認められた場合は、この限りではありません。

4. サービス内容

○ サービスの概要

当センターのサービス(通所介護、介護予防通所介護相当サービス及び第1号通所事業)は、ご利用者の家庭等での生活を継続するために立案された居宅サービス計画に基づき、介護、看護及び機能訓練その他必要な日常生活上のお世話を行い、利用者の生活の質の向上及びが家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために提供されます。

このサービスを利用するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議により、「通所介護計画」を作成されますが、その際、ご利用者・ご家族の希望を取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

○ 医療・看護サービス

当センターは、病状が安定期にあり、入院の必要のない程度のご利用者を対象としておりますが、看護職員が勤務していますので、主治医の指示もしくはご利用者の状態に照らして適切な健康チェック・医療・看護を行います。ただし医療機関とは異なり、専門的な検査や高度な治療等は行うことができません。病状変化等により、症状が重篤なものとなれば、主治医への報告、担当介護専門員への報告等を行う場合がございます。

○ 介護サービス

居宅サービス計画および通所計画に基づいて提供します。なお、主な介護サービスは以下のとおりです。

- * 移乗・移動介助：付き添い誘導・車椅子への移乗・移動など、随時対応します
- * 水分・食事介助：配膳、下膳・摂取量観察など、適宜対応します
- * 口腔清潔介助：歯磨きや義歯清掃の介助など、適宜対応します
- * 排泄介助：トイレ誘導、おむつ交換、排泄量の観察など、随時対応します
- * 入浴介助：洗髪や洗体介助・浴槽への誘導介助など（中止時は、清拭介助にて）対応します
- * 整容介助：清潔介助（洗顔、整髪、髭剃り）など、随時対応します
- * 更衣介助：更衣介助（衣類の調節）など、随時対応します
- * その他：服薬、洗濯、清掃、その他日常生活上のお世話など、随時対応します

○ 食事の時間

昼食 12:00 ～

○ 入浴サービス

サービス提供形態として、一般介助浴槽と特殊浴槽があります。
（利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）

○ 送迎サービス

居宅（ご家族様と事前にお約束した場所）と施設間の送迎を行うサービスです。
ご家族様の送迎でサービスを利用して頂くこともできます。

○ その他

また、これらのサービス内容については、利用者の方の要介護状態の軽減または悪化の防止に繋がるよう、その方の心身の状況等を踏まえて、個別援助計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう適切に提供されています。（上記サービスのなかにはご利用者から基本料金とは別に利用料金をいただくものもございますので具体的にご相談ください。）

5. 利用料

○ 利用料の額

当センターのサービスを利用された場合の利用額は、介護保険の保険給付の費用として、厚生労働大臣が定める介護報酬告示上の一割負担、二割負担、三割負担と、保険給付外の費用として、食事の費用、個別に利用するサービスに要した費用の合計額となります。
尚、介護負担額に対して1単位について、10.14円をかけていただきます（7級地）。

*介護サービス費（1日あたりの自己負担分）

※以下、一割負担の場合

（二・三割負担の場合、別途料金表にて確認）

	3時間以上4時間未満		4時間以上5時間未満	
要介護1	370	単位/日	388	単位/日
要介護2	423	単位/日	444	単位/日
要介護3	479	単位/日	502	単位/日
要介護4	533	単位/日	560	単位/日
要介護5	588	単位/日	617	単位/日

	5時間以上6時間未満		6時間以上7時間未満	
要介護1	570	単位/日	584	単位/日
要介護2	673	単位/日	689	単位/日
要介護3	777	単位/日	796	単位/日
要介護4	880	単位/日	901	単位/日

要介護5	984	単位/日	1,008	単位/日
7時間以上8時間未満		8時間以上9時間未満		
要介護1	658	単位/日	669	単位/日
要介護2	777	単位/日	791	単位/日
要介護3	900	単位/日	915	単位/日
要介護4	1,023	単位/日	1,041	単位/日
要介護5	1,148	単位/日	1,168	単位/日

*介護予防サービス等費及び第1号事業所支給費（1月あたりの自己負担分）

要支援1	1,798	単位/月
要支援2	3,621	単位/月

*1週当たりの標準的な回数は、要支援1は1回、要支援2は2回とします。

*利用時間の延長

- 基本7時間までの利用とさせていただきますが、必要に応じて8時間以上での利用の場合は、延長料金として30分150円が加算となります。

夕食費 600円

*利用時における各加算 <通所及び介護予防共通>

- 介護職員等処遇改善加算Ⅰ：当センターの1ヶ月の介護保険負担額に9.2%が上乘せされます。

*通所介護における各加算

・入浴介助加算Ⅰ	1回	40	単位	
・入浴介助加算Ⅱ	1回	55	単位	
・個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	1回	56	単位	
・個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	1回	76	単位	
・個別機能訓練加算Ⅱ	1月	20	単位	
・口腔機能向上加算Ⅰ	1回	150	単位	
・口腔機能向上加算Ⅱ	1回	160	単位	
・中重度者ケア体制加算	1回	45	単位	
・サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回	22	単位	
・ADL維持等加算Ⅰ	1月	30	単位	
・ADL維持等加算Ⅱ	1月	60	単位	
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	1回	20	単位	（6カ月に1回）
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	1回	5	単位	（6カ月に1回）
・栄養アセスメント加算	1月	50	単位	
・科学的介護推進体制加算	1月	40	単位	
・栄養改善加算	1回	200	単位	（月2回を限度）
・事業所が送迎しない場合	1回	-47	単位	（片道につき）

*食費

- 昼食費 630円（おやつ代を含む） <通所及び介護予防共通>

*その他 <通所及び介護予防共通>

- ・オムツ費用 1枚当たり S：150円 小さめM：160円
M：170円 小さめL：180円 L：180円 LL：190円
- ・リハビリパンツ費用 1枚当たり S：160円 M：170円
L：180円 LL：190円
- ・パット費用 1枚当たり パットレギュラー：50円 尿吸収パット：60円
ワイドパット：60円 デイロング：80円 ナイトロング：90円

*介護予防通所介護相当サービスにおける加算

・栄養改善加算		1月	200	単位	
・口腔機能向上加算Ⅰ		1月	150	単位	
・口腔機能向上加算Ⅱ		1月	160	単位	
・サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援1	1月	88	単位	
	要支援2	1月	176	単位	
・栄養アセスメント加算		1月	50	単位	
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ		1回	20	単位	(6カ月に1回)
・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ		1回	5	単位	(6カ月に1回)
・事業所が送迎しない場合		1回	-47	単位	
・生活機能向上グループ活動加算		1月	100	単位	

6. 通所介護利用中止

- 利用予定日前にご利用者の都合でサービスを中止する場合は、原則として利用日の前日午後5時までにご連絡をお願い致します。ご連絡を頂かなかった場合、または、当日になってのキャンセルの場合、キャンセル料として自己負担額の100%をいただきます。ただし、ご利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。
- 通所介護利用中に体調不良等でサービスの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、当日の利用時間に対応した料金を頂きます。

7. 支払い方法

毎月15日までに前月の利用料等の請求書をお渡ししますので、月末までにお支払い下さい。また、お支払いについては、現金払い・口座引き取り等にてお支払い下さい。

8. サービス利用契約の終了

- ご利用者の都合で利用契約を終了する場合
サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。
- 自動終了
以下の場合、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。
ア 利用者様が介護保険施設に入所した場合
イ 要介護認定区分が、自立と認定された場合
ウ 被保険者資格を喪失した場合
エ 利用者様がお亡くなりになった場合
- その他
次の場合、30日前までに文書で通知することにより、利用契約を終了させていただく事がございます。なお、この場合、予約は無効となります。
ア 利用者様がサービス料金の支払いを2か月以上遅滞し、料金を支払うよう催告したにも係らず、支払いがなされない場合
イ 利用者様が当施設の職員に対して、本契約を継続し難いほどの不法行為を行った場合
ウ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合

9. 当施設利用に当たっての留意事項

- 送迎時間
予め、ご利用者・ご家族の要望をお聞きした上で、当施設で決めさせていただきます。道路事情等により、送迎時間が多少前後したり、変更をお願いすることもあります。

○ 服装等

活動し易い服装でご参加下さい。上履き・着替え等は、ご持参下さい。

○ 金銭、貴重品の管理

人の出入りの多い場所です。多額の金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。

○ 食事

おひとりおひとりの状態に合ったお食事を提供いたします。

○ 設備・器具の利用

ご利用者のための設備・器具は、職員の指導のもとでお使い下さい。

○ 喫煙

原則禁止です。

○ 宗教活動

個人の信仰は自由ですが、他人に影響を及ぼすような活動は禁止とします。

○ ペットの持ち込み

団体生活の中で個々人の嗜好、趣味が共通でないこと等から、禁止させていただきます。

10. 緊急時の対応方法

ご利用者に様態に変化、急変等があった場合は、医師に連絡する等、必要な処置を講じる他、ご家族に速やかに連絡いたします。

11. 非常災害対策

○ 非常時の対応

連絡網により可能な限り職員を招集します。ご家族に速やかにご連絡いたします。

○ 防災設備

スプリンクラー、火災報知機、非常用放送設備などが備わっております。

また、施設内各所に消火器を備え付けております。

○ 防災訓練

年2回、非常災害訓練を実施します。

防火管理者・・・介護長 木村雅和

12. 苦情対応

○ 当施設における苦情の受付

当施設における苦情や相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

苦情相談窓口

デイサービスセンター 小泉の杜 担当…デイサービス主任 高野 綾子

生活相談員 阿佐見 ひとみ

所在地 群馬県伊勢崎市田部井町3丁目2017-2

電話番号 0270-62-2000

また、備え付けの用紙にて所定の場所に設置してある「ご意見箱」に投函して申し出ることも出来ます。

○ 外部苦情申立て機関

群馬県国民健康保険団体連合会
所在地 群馬県前橋市元総社町335-8
電話番号 027-290-1323
群馬県社会福祉協議会
所在地 群馬県前橋市新前橋町13-12
電話番号 027-255-6669
伊勢崎市介護保険課
所在地 群馬県伊勢崎市今泉町2-410
電話番号 0270-24-5111（代表）
前橋市介護高齢課
所在地 前橋市大手町2-12-1
電話番号 027-224-1111
太田市介護保険課
所在地 群馬県太田市浜町2-35
電話番号 0276-47-1111
みどり市介護保険課
所在地 群馬県みどり市笠懸町鹿2952
電話番号 0277-76-2111
桐生市健康長寿課
所在地 群馬県桐生市織姫町1-1
電話番号 0277-46-1111

13. 協力医療機関

- ① 久保医院 (内科、小児科)

14. 第三者評価実施の有無 なし

15. 個人情報の保護

ご利用者への説明と納得に基づくサービス提供（インフォームド・コンセント）や個人情報の保護に積極的に取り組んでおりますので、その取り扱いに関しては、個人情報の利用目的を定め、情報提供を行います。別紙「介護・看護診療情報の提供」および「個人情報に関するお知らせ」を参照下さい。

16. 虐待防止に向けた体制

- (1) 虐待防止委員会の設置をいたします。責任者：施設長 井上恵美子
- (2) 虐待防止委員会は、職員への研修内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談、及び苦情解決体制の整備、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止の検討、成年後見制度の利用支援等を行います。
- (3) 職員は、虐待防止に向けた研修を受講します。
- (4) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力いたします。また、発生原因と再発防止策について速やかに虐待防止委員会にて協議し、その内容について職員に周知するとともに、市町村関係者等に報告を行い再発防止に努めます。

デイサービスセンター 小泉の杜のサービス提供および利用者負担同意書

令和 年 月 日

デイサービスセンター 小泉の杜
管理者 井上 恵美子 殿

デイサービスセンター 小泉の杜を利用するにあたり、デイサービスセンター 小泉の杜利用契約書に基づき重要事項に関する説明・利用者負担に関して、説明を受けその内容を十分に理解した上で同意し、この契約書の一通を保持いたします。

氏名 _____

説明者氏名 _____