

社 会 福 祉 法 人 照 陽 会
みんなと暮らす町 通所介護センター
重 要 事 項 説 明 書

1. 事業所の概要

| | | | |
|-----------|----------------------------|--------------|------------------|
| 事業所 | みんなと暮らす町 通所介護センター | | |
| 所在地 | 神奈川県川崎市幸区東古市場116-12 | | |
| 電話番号 | 電話 | 044-520-1903 | FAX 044-520-1906 |
| 介護保険事業所番号 | 1475101083号 | | |
| 事業所の種類 | 介護老人福祉施設 みんなと暮らす町に併設されています | | |
| 管理者 | 広嶋 稔之 | | |

2. 事業所の職員体制等

| 職 種 | 業 務 内 容 | 人 員 |
|-----------|-------------------|------------|
| 管 理 者 | 職員の管理、業務管理等一元的に行う | 1名（常勤兼務） |
| 看 護 職 員 | 利用者の健康チェックを行う | 1名（常勤兼務） |
| 生 活 相 談 員 | 生活相談・行事の立案及び実施 | 1名（常勤兼務） |
| 介 護 職 員 | 介護サービスの提供を行う | 常勤換算で5名以上 |
| 機能訓練指導員 | 行事・レレソを通じて機能訓練を行う | 1名（常勤兼務） |
| 管 理 栄 養 士 | 献立作成・調理業務等の管理 | 3名以上（常勤兼務） |
| 調 理 員 | 調理業務を行う | 8名以上 |
| 運 転 手 | 利用者の送迎を行う | 3名以上 |

3. 設備の概要

| 区 分 | 規 模 | 備 考 |
|----------------|---------|---------------------|
| 定 員 | 25名 | |
| 食 堂 機能回復訓練室 | 196.79㎡ | |
| 浴 室 | 3 室 | 一般浴槽・中間浴槽・特殊浴槽があります |
| 便 所 | 2箇所 | |
| 洗 面 所 | 1箇所 | |
| 静 養 室 | 1室 | |
| 相 談 室 | 1室 | |

6. 利用者負担

1) 利用者の方から頂く利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は、下記の計算により算出されます。尚、介護報酬の金額の算出方法は、月にご利用になった単位数の合計数に単価を掛けて算出するため、若干の誤差が生じます。ご了承願います。

$$\boxed{\text{①介護報酬金額}} + \boxed{\text{②保険外サービス料金}} + \boxed{\text{③食事負担金}} = \boxed{\text{請求金額}}$$

①介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1割もしくは2割、3割）

【通常規模型】（6時間以上7時間未満の場合）

（単位：円）

| 金 額 | | | | 内容説明 |
|-----------------|-------|-------|-------|--|
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| 基本額 | | | | |
| 通常規模型通所介護（6-7） | | | | |
| 要介護1 | 626 | 1,252 | 1,878 | 1日あたりの負担額 |
| 要介護2 | 739 | 1,478 | 2,216 | |
| 要介護3 | 854 | 1,707 | 2,560 | |
| 要介護4 | 966 | 1,932 | 2,898 | |
| 要介護5 | 1,081 | 2,161 | 3,242 | |
| その他加算 | | | | |
| 入浴介助加算（日） | 43 | 86 | 129 | 入浴介助を行った場合 |
| 中重度者ケア体制加算（日） | 49 | 97 | 145 | 看護職員または介護職員を常勤換算で2人以上確保している 前年度または算定日の属する月の前3ヶ月間の利用者総数のうち要介護3、要介護4又は5の方の割合が30%以上である 時間帯を通じて看護職員を1名以上配置している |
| 生活機能向上連携加算Ⅰ（月） | 108 | 215 | 322 | 外部との連携により助言を受ける体制を構築し生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等する |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ（月） | 215 | 429 | 644 | 外部との連携により入所者に対して機能訓練を行った場合 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（日） | 60 | 120 | 180 | 機能訓練指導員が直接計画的に機能訓練を行う。利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定。訓練項目は複数種類準備し、その選択に当たっては利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助する。 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ（日） | 92 | 183 | 274 | |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）（日） | 22 | 43 | 65 | |
| ADL維持等加算（Ⅰ）（月） | 33 | 65 | 97 | 利用者等の総数が10人以上。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。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以上であること。 |
| ADL維持等加算（Ⅱ）（月） | 65 | 129 | 193 | 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。 |
| 認知症加算（日） | 65 | 129 | 193 | 看護職員または介護職員を常勤換算法で2人以上確保している |

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----|-----|--|
| | | | | 前年度または算定日の属する月の前3ヶ月間の利用者総数のうち認知症の方の占める割合が15%以上である 認知症介護に係る専門的・実践的な研修を終了した者を1名以上配置している |
| 若年性認知症利用者受入加算(日) | 65 | 129 | 193 | 個別に担当者を定めてサービス提供を行う |
| 栄養改善加算(回) | 215 | 429 | 644 | 管理栄養士により月2回の栄養相談を行う |
| 栄養アセスメント加算(回) | 54 | 108 | 161 | 管理栄養士を1名以上配置。栄養アセスメントを実施し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。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。 |
| 口腔機能向上加算(I)(回) | 161 | 322 | 483 | 個別に口腔清掃の実施、指導を行う |
| 口腔機能向上加算(II)(回) | 172 | 343 | 515 | 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。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。 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(I)(回) | 22 | 43 | 65 | 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。 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(II)(回) | 6 | 11 | 16 | 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。 |
| 科学的介護推進体制加算(月) | 43 | 86 | 129 | 入所者・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に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出。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。 |
| サービス提供体制強化加算I(回) | 24 | 47 | 71 | 介護福祉士を70%配置した場合 |
| サービス提供体制強化加算II(回) | 20 | 39 | 58 | 介護福祉士を50%配置した場合 |
| サービス提供体制強化加算III(回) | 7 | 13 | 20 | 介護福祉士を40%配置した場合 |
| 介護職員等特定処遇改善加算I(月) | 請求総単位数に1.2%を乗じた単位数 | | | ～R6.5.31まで適応。 職場環境等要件に関し複数取り組みを行い、対外的に見える化を行っている |
| 介護職員等処遇改善加算I(月) | 請求総単位数に5.9%を乗じた単位数で算定 | | | ～R6.5.31まで適応。 キャリアパス要件I及びキャリアパス要件II及びキャリアパス要件III+職場環境等要件を満たす |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算(月) | 請求総単位数に1.1%を乗じた単位数 | | | ～R6.5.31まで適応。 実際に賃上げをし、職員等のベースアップ等の引き上げに使用している |
| 介護職員等処遇改善加算I(月) | 請求総単位数に9.2%を乗じた単位数 | | | R6.6.1～適応。新加算(II)の条件に加え経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること |

- ※ 加算の算定に関しては、該当するサービスを実施した場合のみ算定致します。
- ※ 介護保険受給資格証明書の提示をお願いします。
- ※ その他加算がある場合は、介護保険自己負担分に基づいた1割若しくは2割若しくは3割負担分の金額を別途頂きます。
- ※ 当施設は安全管理体制を整えて運営しております。
- ※ 当施設は業務継続計画を作成しております。
- ※ 当施設は栄養管理基準を満たして運営しております。

介護保険法が改正されて、今まで全国一律、同じ仕組みで提供していた介護保険サービスのうち、介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）と介護予防通所介護（デイサービス）を、平成 28 年 4 月より川崎市が実施する介護予防のための事業『介護予防・日常生活支援総合事業』（総合事業）として提供することとなりました。

【介護予防・日常生活支援総合事業】

（単位：円）

| 区分 | 算定項目 | | 回数 | 金額 | | |
|---------------|---------------|------------|------------|-----------|------------|------------|
| | | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 通所型サービス費（独自） | 事業対象者 要支援1 | 入浴なし | 1回～4回 | 364/1回につき | 727/1回につき | 1091/1回につき |
| | | | 月に5回の場合 | 1,820 | 3,639 | 5,458 |
| | 事業対象者 要支援2 | 入浴あり | 1回～4回 | 407/1回につき | 813/1回につき | 1219/1回につき |
| | | | 月に5回の場合 | 2,034 | 4,067 | 6,101 |
| | 事業対象者 要支援1 | 入浴なし | 1回～8回 | 373/1回につき | 746/1回につき | 1119/1回につき |
| | | | 月に9～10回の場合 | 3,729 | 7,457 | 11,186 |
| 事業対象者 要支援2 | 入浴あり | 1回～8回 | 416/1回につき | 832/1回につき | 1248/1回につき | |
| | | 月に9～10回の場合 | 4,158 | 8,315 | 12,472 | |

| 区分 | 金額 | | | 内容説明 | |
|-----|------------------------|--------------------|------|------|---|
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | | |
| 加算額 | 生活機能向上グループ活動加算（月） | 108 | 215 | 322 | 日常生活上の支援の為に活動を行った場合 |
| | 口腔機能向上加算Ⅰ（月） | 161 | 322 | 483 | 個別に口腔清掃の実施、指導を行う |
| | 口腔機能向上加算Ⅱ（月） | 172 | 343 | 515 | 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。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。 |
| | 科学的介護推進体制加算（月） | 43 | 86 | 129 | 入所者・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に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出。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。 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ（要支援1）（月） | 95 | 189 | 283 | 介護福祉士を70%配置した場合 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ（要支援2）（月） | 189 | 378 | 566 | 介護福祉士を70%配置した場合 |
| | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（月） | 請求総単位数に9.2%を乗じた単位数 | | | R6.6.1～適応。新加算（Ⅱ）の条件に加え経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること |

- ※ 加算の算定に関しては、該当するサービスを実施した場合のみ算定致します。
- ※ 介護保険受給資格証明書の提示をお願いします。
- ※ その他加算がある場合は、介護保険自己負担分に基づいた金額を別途いただきます。

◎サービス料金の算出方法は単位数に基づいて行います。日数や加算の有無などにより利用料金額に若干の誤差が生じてまいります。金額はあくまでも目安とお考え下さい。

②保険外サービス料金（全額自費分）

- (A) 創作活動費：創作活動や趣味活動を行います。希望する場合は、活動時の実費額（材料費）となります。毎月お願い致します「同意書」に定める内容・金額をお確かめ頂き、お申し込み下さい。
- (B) 行事参加費：毎月行事を計画しております。希望する場合は、行事活動に係る実費額を徴収致します。毎月お願い致します「同意書」に定める内容・金額をお確かめ頂き、お申し込み下さい。

③食事負担について

ご契約者に提供する食事の材料費及びおやつ、調理コストにかかる費用です。

料金：1回あたり 800円

- 2) 通常の事業実施地域以外の地域利用者に対する送迎を行った場合には、ガソリン代実費額（事業実施地域以外～5km；300円、5km～10km；1,200円、10km～20km；2,400円）を徴収します

【その他の事項について】

- ※ その他、サービス以外のものは実費にてお受け致します。
- ※ オムツにつきましては、来設時にご持参下さい。お忘れの場合は次回の来設時に使用した枚数分と合わせてお持ち下さい。

3) 支払方法

利用者負担金は、サービスを提供した翌月の27日（土・日・祝日の場合はその翌日）に、指定の金融機関の口座から引き落としとなりますので、よろしくお願い致します。但し、利用者がいまだに要介護認定を受けていない場合及び居宅介護サービス計画が作成されていない場合には、サービス料金を一旦お支払い頂き、要介護度決定後若しくは居宅サービス計画作成後自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）

7. サービスの中止

利用者がサービスの中止（キャンセル）をする際には、速やかに下記の連絡先までご連絡下さい。（合わせて契約者担当介護支援専門員までご一報願います。）

- 連絡先（電話）：044-520-1903
- 連絡時間：8：45～17：45
- 連絡可能日：月曜日～金曜日
- 担当者：福田 美樹

（その他の職員でも構いませんので、分かり次第ご連絡ください。）

- ※ サービス提供の解約の場合は、キャンセル料等は必要ありません。

8. 協力病院等

| | |
|---------|-------------------|
| 名 称 | 医療法人社団 清恵会 田村外科病院 |
| 所 在 地 | 川崎市幸区戸手1-9-13 |
| 電 話 番 号 | 044-544-6111 (代表) |

| | |
|---------|-------------------|
| 名 称 | 医療法人社団 育成会 鹿島田病院 |
| 所 在 地 | 川崎市幸区鹿島田1丁目21番20号 |
| 電 話 番 号 | 044-511-0551 (代表) |

9. 非常災害対策及び業務継続計画の策定

防災器具等の点検については、業者による法定点検を実施しております。また、古市場4町内会連合会と防災相互援助覚書を交わし非常災害に備えております。

災害や感染症の発生等に備えてサービスの提供を継続的に行い、非常時の体制で早期の業務再開を図るため業務継続計画（BCP）を策定し、研修と訓練を実施します。計画については適時見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

10. 虐待の防止

入居者の人権の擁護・虐待の発生又は再発を防止するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定める措置を講じ適切に対応していきます。

虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、入居者の保護及び再発防止策を講じるとともに速やかに市町村へ報告いたします。

11. 身体拘束等の適正化

サービス提供にあたり、入居者の自由と尊厳の保持のため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行わないケアの実施に努め、身体拘束の適正化に取り組むよう努めます。利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合（利用者・他の利用者の生命、身体に危険が及ぶ緊急性、身体拘束以外に生命・身体に危険が及ぶことを防止できない非代替性、危険が及ばなくなった場合は直ちに解除を行う一時性の条件を全て満たした場合）は、「身体的拘束等の適正化のための指針」に基づいた対応を行います。

また委員会の設置・開催及び定期的な研修を実施し、身体拘束等適正化を図る措置を講じます。

12. 個人情報の管理

個人情報に対する基本方針、個人情報管理規程を定め、法人一丸となり個人情報の管理に努めます。

13. 事故発生の防止

事故の発生又は再発を防止するため、「事故発生防止のための指針」に基づいた対応を行います。また、サービスの提供によって事故が発生した場合は、必要な措置を講ずるとともに速やかに保険者及び担当介護支援専門員、御家族等に連絡を行います。

14. 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

| | | | | |
|-------------|----------------|--------------|--------|----------------------|
| 当施設 相談窓口 | 相談・苦情 受付担当者 | 福田 美樹 | 対応時間 | 月曜～土曜日 8:45～17:45 |
| | 電話番号 | 044-520-1903 | FAX 番号 | 044-520-1906 |

※ 上記の者以外の職員にも、ご遠慮なくご相談下さい。

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

| | | | | |
|-------------------------|------|------------------------|--------|--------------|
| 市町村介護保険 相談窓口 | 所在地 | 川崎市川崎区宮本町一番地 | | |
| | 電話番号 | 044-200-2910 | FAX 番号 | 044-200-3926 |
| | 対応時間 | 8:30～17:00 土・日曜日・祝日を除く | | |
| 神奈川県 国民健康保険 団体連合会 | 所在地 | 横浜市西区楠町27番地1 | | |
| | 電話番号 | 045-329-3447 | FAX 番号 | 0570-033110 |
| | 対応時間 | 8:30～17:15 土・日曜日・祝日を除く | | |

15. 第三者評価の実施状況について

第三者評価の実施状況は下記となります。

| | | | |
|---------------|------|--------|---------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 直近の実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1あり 2なし |
| | 2 なし | | |

16. 当法人の概要

| | | |
|----------------|-----------------------------|--------------------|
| 法人の名称 | 社会福祉法人 照陽会 | |
| 代表者 | 理事長 高橋 照比古 | |
| 所在地 | 神奈川県川崎市多摩区栗谷2-16-6 | |
| 電話/FAX | 044-955-9181 / 044-955-9220 | |
| 運営事業所名称 | | |
| 特別養護老人ホーム太陽の園 | 特別養護老人ホーム陽だまりの園 | 特別養護老人ホームみんなと暮らす町 |
| 短期入所生活介護太陽の園 | 短期入所生活介護陽だまりの園 | 短期入所生活介護みんなと暮らす町 |
| 太陽の園地域包括支援センター | 陽だまりの園地域包括支援センター | みんなと暮らす町通所介護センター |
| | | みんなと暮らす町地域包括支援センター |

17. その他

- (1) サービス従事者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お控えください。
- (2) 法律施行に伴い、いかなるハラスメントに対して対策を講じております。例えば大声を出す、大声で騒ぐ、暴れる、暴力行為、要求を繰り返して揚げ足を取る、高圧的な態度、脅迫や脅し、長時間の時間拘束、職員の指名行為、性的内容要求等その他ハラスメントと考えられる行為全般を禁止します。行為が度を過ぎているとみなした場合は、警察署への通報・施設外への退去を命じる場合があります。
- (3) 個人情報保護のガイドラインでは、映像・音声による情報も個人情報に当たるとされています。たとえ特定できないと考えられても施設内の風景を許可なく録音・録画・動画配信などSNSへの投稿はご遠慮ください。
- (4) 家族間や親族内の紛争やトラブルを施設に持ち込むことはご遠慮ください。事業者は一切の責任・保証を負いかねます。
- (5) 必要な介助への拒否や認知症の症状など、様々な取り組みを実施しても防止できないケースも多々あります。ご協力・ご理解賜りますようお願いいたします。

令和 年 月 日

サービス提供の締結に当たり、上記により重要事項を説明致しました。

事業者 住所：川崎市幸区東古市場 116-12 説明者： _____

サービスの契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

利用者 住所： _____ 氏名： _____

代筆者 氏名： _____ 続柄： _____