

通 所 介 護

介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業

重 要 事 項 説 明 書

<2024 年 8 月 1 日現在>

1. 事業所の概要

事業所名	老人デイサービスセンター プレミア扇		
所在地	東京都足立区扇1丁目3番5号	TEL	03-3890-5338
		FAX	03-3890-5551
介護保険指定番号	1372105344	設立年月日	平成18年 2 月 1 日

2. 事業所の運営方針

・一人ひとりにとって最高のサービスを提供し続けることにより、関わる人すべての人生と地域福祉の健全な発展に貢献する。

- ①その人がその人らしい生活を営むことができるよう支援します。
- ②利用者の満足向上の為、先駆性、独自性を発揮し、積極的サービスに努めます。
- ③地域社会と共に、発展する法人を目指します。
- ④多様な人材をひきつけ、活力ある法人を目指します。
- ⑤利用者、地域住民、職員が良いと思える社会福祉事業体を目指します。
- ⑥継続的なサービス提供の維持、拡大の為、効率的な事業運営を目指します。

3. 事業実施地域及び営業時間

事業の実施地域	足立区（全域）
営業日及び営業時間	月曜日～土曜日 8:30～17:30
営業をしない日	日曜日・祝祭日・12月30日～1月3日

4. 職員体制

従業者の職種	人 数	常 勤	非常勤	業 務 内 容
管 理 者	1 名	1 名	名	事業所の管理業務に従事します
生活相談員	(3 名)	(3 名)	名	生活指導その他通所介護業務に従事します
機能訓練指導員	2 名	2 名	名	機能訓練指導、助言を行います
介 護 職 員	10 名	6 名	4 名	日常生活の介護、援助業務に従事します
看 護 職 員	2 名	1 名	1 名	看護及び保健衛生業務に従事します
管理栄養士	1 名	1 名	名	給食管理、栄養指導に従事します

5. 事業所設備

定 員	30名	相 談 室	1 室
食堂・機能訓練室	170.29 m ²	静 養 室	1 室 3 床
浴 室	一般浴槽と特殊浴槽にて対応しています。	送 迎 車	車椅子対応車 5 台

6. サービス内容

(1) 食 事

栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。

(2) 入 浴

入浴の介助を行います。車椅子を利用されている方は、特殊浴槽を使用しての入浴も可能です。入浴サービスの利用は任意です。

(3) 排 泄

利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

(4) 機能訓練

機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

＜当事業所の保有するリハビリ器具＞

歩行器 5 台

車椅子 5 台

平行棒 1 台

(5) 健康チェック

血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

(6) 相談及び援助

利用者とその家族からの相談に応じます。

(7) 送 迎

ご自宅から施設までの送迎を行います。

7. 利用料金

(1) 通所介護利用料（通常規模型通所介護）

＊要介護の方

・6時間以上7時間未満（サービス提供時間：9：45～16：15）

		単位数	利用料金(10割)	2割負担額	1割負担額
介護度1	1日につき	584	¥6,365	¥1,273	¥637
介護度2	1日につき	689	¥7,510	¥1,502	¥751
介護度3	1日につき	796	¥8,676	¥1,736	¥868
介護度4	1日につき	901	¥9,820	¥1,964	¥982
介護度5	1日につき	1008	¥10,987	¥2,198	¥1,099

・7時間以上8時間未満（サービス提供時間：9：00～16：15）

		単位数	利用料金(10割)	2割負担額	1割負担額
介護度1	1日につき	658	¥7,172	¥1,435	¥718
介護度2	1日につき	777	¥8,469	¥1,694	¥847
介護度3	1日につき	900	¥9,810	¥1,962	¥981
介護度4	1日につき	1023	¥11,150	¥2,230	¥1,115
介護度5	1日につき	1148	¥12,513	¥2,503	¥1,252

・その他加算

		単位数	利用料金(10割)	2割負担額	1割負担額
入浴介助加算Ⅰ（1回）		40	¥436	¥88	¥44
入浴介助加算Ⅱ（1回）		55	¥599	¥120	¥60
個別機能訓練加算Ⅰ2（1回）		76	¥828	¥166	¥83
サービス提供体制加算Ⅰ（1日）		22	¥239	¥48	¥24
中重度ケア体制加算（1日）		45	¥490	¥98	¥49
送迎減算（片道）		－47	－¥512	－¥103	－¥52
科学的介護推進体制加算（1月）		40	¥436	¥88	¥44
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		1月につき、所定単位数の9.2％に相当する単位数。			

（2）通所型区独自サービス利用料（緩和型通所サービスⅠ・Ⅱ）

＊事業対象者、要支援の方

		単位数	利用料金(10割)	2割負担額	1割負担額
要支援1,2	1回につき	417	¥4,545	¥909	¥455
サービス提供体制加算Ⅰ					
週1回利用	1月につき	88	¥959	¥192	¥96
週2回利用	1月につき	176	¥1,918	¥384	¥192
送迎減算（片道）		－47	－¥512	－¥103	－¥52
科学的介護推進体制加算（1月）		40	¥436	¥88	¥44
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）					
週1回利用	1月につき	165	¥1,798	¥360	¥180
週2回利用	1月につき	333	¥3,629	¥726	¥363

（3）昼食費（おやつ代含む）、1食あたり ¥650.－（全額自己負担）

（4）その他、日常生活費、行事等で実費が発生した場合については、自己負担としてご請求させていただきます事があります。

8. 利用者負担額

$$\text{1 級地の利用料金(10 割分)} = \text{利用単位数} \times 10.90 \text{ (1 級地単価)}$$

- ・介護保険適用時の自己負担額は、介護保険負担割合証の負担割合によります。
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合等は、その負担額になります。)
- ・単位数計算により多少の誤差が生じる場合があります。
- ・この他に、昼食費等が自己負担としてかかります。

9. キャンセル料

- ・お客様のご都合でサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
(1) 当日の朝、送迎前 9 時迄にご連絡がなかった場合、キャンセル料として実費相当額。

10. 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下さい。当施設職員がお伺いいたします。利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針について、「居宅サービス計画」「介護予防ケアプラン」の内容を踏まえ、「サービス計画」を作成し、確認を頂いた上で契約を締結します。

(2) 要介護認定を受けていない場合

まだ要介護認定を受けていない場合は、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の紹介等、要介護認定の申請に必要な支援を行います。

11. 当該施設のデイサービスの特徴

(1) 基本理念

- ・信頼と共感により安心の輪を広げます。

(2) 基本方針

- ・適切な通所介護計画に基づき、利用者が自立した生活を送れるよう可能な限り支援します。
- ・職員は利用者の立場に立ち、基本的人権と意思を尊重し、懇切丁寧な介護サービスの提供に努めます。
- ・各種介護サービスの提供を通じ、心身の機能の維持や他の利用者の方とのふれあい等、社会的孤立の解消とご家族の身体的・精神的負担の軽減をはかります。
- ・利用者が健康でいきいきと生活出来る施設として、趣味を生かし、ご家族や地域との交流を積極的に図っていきます。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示して下さい。
- ・決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・現金・貴重品類のご持参はご遠慮ください。
- ・施設内での他の利用者や職員に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

12. サービス利用に関する苦情・相談

(1) 当施設の利用者相談・苦情担当窓口

担 当 者	森 本 泰 雄
電 話 番 号	03-3890-3333
第三者委員	(民生委員) 葉本 喜信 (評議員) 横山 裕教

(2) その他

当施設以外に、市区町村の相談・苦情窓口等に伝える事ができます。

- ・東京国民健康保険団体連合会 電話 03-6238-0177
- ・足立区 介護保険課 事業者指導係 電話 03-3880-5111 (代)
- ・足立区 基幹地域包括支援センター 電話 03-6807-2460

13. 事業者

法 人 名	社会福祉法人 白寿会		
法人所在地	東京都足立区扇1丁目3番5号	TEL	03-3890-3333
		FAX	03-3890-5551
代表者氏名	理事長 川 名 美 枝 子	設立年月日	平成18年2月1日

14. 非常災害対策

- ・災害時には「消防計画」などの規定に基づき、利用者の安全確保に努めます。

15. 緊急時の対応方法

・サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主 治 医	病院名及び 所在地	
	主治医氏名	
	連 絡 先	

緊急 連絡 先	氏名 (続柄)	()
	住 所	
	連 絡 先	