

介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業 地域密着型通所介護 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	運動・リハビリ強化型デイサービス ファンビル プレミア扇		
所在地	東京都足立区扇1丁目3番5号	TEL	03-3890-3392
		FAX	03-3890-5551
介護保険指定番号	1392100655（地域密着型通所介護）	指定年月日	平成28年6月1日
	13A2100249（日常生活支援事業）	指定年月日	平成28年10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
営業日及び営業時間	月曜日～金曜日 8:30～17:30 但し、サービス提供時間は9:00～12:15 および13:30～16:45
営業をしない日	土曜日・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	1名	1名	名	機能訓練指導、助言を行います
介護職員	4名	3名	1名	日常生活の介護、援助業務に従事します

5. 事業所設備

定 員	10 名	相 談 室	1 室
食堂・機能訓練室	82.04 m ²	静 養 室	1 室 1 床
リハビリ器具	レッドコード マシン（レッグプレス） （レッグエクステンション・カール） （チェストプレス） （ツイスト）		
			ストレッチマット その他

6. サービス内容

（1）介 護

利用者が自立した生活を送るために、その能力に応じて必要な介助を行います。

（2）機能訓練

機能訓練指導員等により、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。

（3）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。

（4）相談及び援助

利用者とその家族等からの相談に応じます。

（5）送 迎

利用者の希望により、ご自宅から施設までの送迎を行います。

7. 利用料金

（1）地域密着型通所介護費（3時間以上4時間未満）

		単位数	利用料金(10割)	2割負担額	1割負担額
要介護1	1日につき	4 1 6	¥4, 5 3 4	¥9 0 7	¥4 5 4
要介護2	1日につき	4 7 8	¥5, 2 1 0	¥1, 0 4 2	¥5 2 1
要介護3	1日につき	5 4 0	¥5, 8 8 6	¥1, 1 7 8	¥5 8 9
要介護4	1日につき	6 0 0	¥6, 5 4 0	¥1, 3 0 8	¥6 5 4
要介護5	1日につき	6 6 3	¥7, 2 2 6	¥1, 4 4 6	¥7 2 3
サービス提供体制加算Ⅰ(1日)		2 2	¥2 3 9	¥4 8	¥2 4
送迎減算(片道)		－ 4 7	－¥5 1 2	－¥1 0 3	－¥5 2
科学的介護推進体制加算(1月)		4 0	¥4 3 6	¥8 8	¥4 4
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）

		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	4 1 7	¥ 4, 5 4 5	¥ 9 0 9	¥ 4 5 5
サービス提供体制加算Ⅰ					
週1回利用	1月につき	8 8	¥ 9 5 9	¥ 1 9 2	¥ 9 6
週2回利用	1月につき	1 7 6	¥ 1, 9 1 8	¥ 3 8 4	¥ 1 9 2
送迎減算（片道）		－ 4 7	－ ¥ 5 1 2	－ ¥ 1 0 3	－ ¥ 5 2
科学的介護推進体制加算（1月）		4 0	¥ 4 3 6	¥ 8 8	¥ 4 4
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）					
週1回利用	1月につき	1 6 5	¥ 1, 7 9 8	¥ 3 6 0	¥ 1 8 0
週2回利用	1月につき	3 3 3	¥ 3, 6 2 9	¥ 7 2 6	¥ 3 6 3

(3) その他

日常生活費、レクリエーション、行事等にかかる費用等については、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

$$\text{1級地の費用額（10割分）} = \text{利用単位数} \times 10.90 \text{（1級地単価）}$$

- ・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。

9. キャンセル料

- ・お客様のご都合等でサービスを中止する場合は、次のキャンセル料がかかります。
ご利用日の当日、サービス開始の30分前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。

「居宅サービス計画」「介護予防サービス計画」の内容を踏まえ、「通所介護計画」を作成し、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、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。

1 1. 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。
- ・貴重品類等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。

1 2. 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 (管理者)
電 話 番 号	0 3 - 3 8 9 0 - 3 3 9 2
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 0 3 - 6 2 3 8 - 0 1 7 7
- ・足立区 介護保険課 事業者指導係 電話 0 3 - 3 8 8 0 - 5 1 1 1 (代)
- ・足立区 基幹地域包括支援センター 電話 0 3 - 5 8 1 3 - 3 5 5 1

1 3. 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	0 3 - 3 8 9 0 - 3 3 3 3
		FAX	0 3 - 3 8 9 0 - 5 5 5 1
代表者氏名	理事長 川 名 美 枝 子	設立年月日	平成 1 8 年 2 月 1 日

1 4. 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。

1 5. 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	

《契約をする際の確認事項》

通所介護の提供開始にあたり、契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者

所在地 東京都足立区扇 1 丁目 3 番 5 号

名 称 社会福祉法人 白 寿 会

運動・リハビリ強化型デイサービス

ファンビル プレミア 扇

説明者

氏 名 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____