

羽衣デイサービス 通所介護 重要事項説明書

【令和6年6月1日 現在】

1 通所介護 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	株式会社 ベビーリーフ
設立年月日	平成31年2月22日
代表者名	代表取締役 前野 建吾
所在地・連絡先	(住所) 兵庫県西宮市羽衣町2-7 (電話) 0798-22-7677 (FAX) 0798-22-8798
事業内容	通所介護

2 事業所の概要

(1) 事業所名称、事業者番号および概要

事業所名	羽衣デイサービス
所在地・連絡先	(住所) 兵庫県西宮市西平町3-8-1階 (電話) 0798-73-7555 (FAX) 0798-73-7565
事業者番号	2870909278
開設年月日	令和4年5月1日
サービス提供手順	① 電話相談 ⇒ ② 来所相談 ⇒ ③ 申込 ⇒ ④ 面接 ⇒ ⑤ 通所判定 ⇒ ⑥ 通所決定 ⇒ ⑦ 利用開始
管理者の氏名	曾我 古那津 (介護職員業務を兼務)
最寄りの公共機関	阪急 苦楽園口駅 徒歩10分
利用定員	20人

(2) 事業所の職員及び勤務体制

1 管理者 1名 常勤職員

管理者は事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行うものとする。
また、他の従業者と協力して通所介護計画等の作成を行う。

2 生活相談員 2名以上

生活相談員は、利用者に関する生活相談及び助言を行うと共に、適切なサービスを提供できるように職員の指導を行う。

3 介護職員 2名以上

介護職員は、利用者に関する入浴・食事の介助等直接的な介護・訓練を行う。

4 看護職員 2名以上

看護職員は利用者に関する健康チェック並びに疾病に関する助言を行う。

5 機能訓練指導員 1名以上

機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むのに必要な身体機能の減退を防止するための機能訓練指導を行う。

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	西宮市、芦屋市
---------	---------

上記地域内でご利用される場合は送迎にかかる交通費は利用料に含まれています。上記地域以外でも利用ご希望の方はご相談ください。(実施地域を超えた地点から、1kmにつき50円をガソリン代の実費として徴収します。)

(4) 営業日・営業時間・サービス提供時間

営業日	月曜～日曜
営業時間	9時00分～18時00分
営業しない日	無し
サービス提供時間	9時00分～18時00分

3 事業者の特色等

(1) 事業の目的

株式会社ベビーリーフが開設する指定通所介護事業所が行う指定通所介護の事業の適正な運営の確保をするために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員・介護職員または看護職員等の従業員が、在宅の要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため適切な指定通所介護を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

- 1 指定通所介護の提供にあたって、要介護状態の利用者に可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。
- 2 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 4 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス、福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
- 5 指定通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適

切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行う。

4 サービスの内容及び費用

(1) サービス内容

種 類	内 容
通所介護 計画の作成	1 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2 通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します。 4 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
送 迎	ご自宅と事業所間の送迎を行います。(但し、一戸建ては門の外、集合住宅は集合住宅の玄関まで)。
運動機能の向上	利用者の心身等の状況に応じた訓練計画を作成し、日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を行います。
口腔機能の向上	利用者の口腔機能向上のための計画を作成し、これに基づいたサービスを行います。
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。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。

(2) 費用

●通所介護 基本サービス利用料(通常規模、3級地:1単位当たりの単価10.68円)

2時間以上3時間未満

区分	単位数	利用料	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	270単位	2,883円	289円	577円	865円
要介護2	309単位	3,300円	330円	660円	990円
要介護3	350単位	3,738円	374円	748円	1,122円
要介護4	390単位	4,165円	417円	833円	1,250円
要介護5	430単位	4,592円	460円	919円	1,378円

3時間以上4時間未満

区分	単位数	利用料	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	368単位	3,930円	393円	786円	1,179円

要介護 2	421 単位	4,496 円	450 円	900 円	1,349 円
要介護 3	477 単位	5,094 円	510 円	1,019 円	1,529 円
要介護 4	530 単位	5,660 円	566 円	1,132 円	1,698 円
要介護 5	585 単位	6,247 円	625 円	1,250 円	1,875 円

4 時間以上 5 時間未満

区分	単位数	利用料	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	386 単位	4,122 円	413 円	825 円	1,237 円
要介護 2	442 単位	4,720 円	472 円	944 円	1,416 円
要介護 3	500 単位	5,340 円	534 円	1,068 円	1,602 円
要介護 4	557 単位	5,948 円	595 円	1,190 円	1,785 円
要介護 5	614 単位	6,557 円	656 円	1,312 円	1,968 円

5 時間以上 6 時間未満

区分	単位数	利用料	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	567 単位	6,055 円	606 円	1,211 円	1,817 円
要介護 2	670 単位	7,155 円	716 円	1,431 円	2,147 円
要介護 3	773 単位	8,255 円	826 円	1,651 円	2,477 円
要介護 4	876 単位	9,355 円	936 円	1,871 円	2,807 円
要介護 5	979 単位	10,455 円	1,046 円	2,091 円	3,137 円

6 時間以上 7 時間未満

区分	単位数	利用料	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	581 単位	6,205 円	621 円	1,241 円	1,862 円
要介護 2	686 単位	7,326 円	733 円	1,466 円	2,198 円
要介護 3	792 単位	8,458 円	846 円	1,692 円	2,538 円
要介護 4	897 単位	9,579 円	958 円	1,916 円	2,874 円
要介護 5	1,003 単位	10,712 円	1,072 円	2,143 円	3,214 円

7 時間以上 8 時間未満

区分	単位数	利用料	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	655 単位	6,995 円	700 円	1,399 円	2,099 円
要介護 2	773 単位	8,255 円	826 円	1,651 円	2,477 円

要介護 3	896 単位	9,569 円	957 円	1,914 円	2,871 円
要介護 4	1,018 単位	10,872 円	1,088 円	2,175 円	3,262 円
要介護 5	1,142 単位	12,196 円	1,220 円	2,440 円	3,659 円

8 時間以上 9 時間未満

区分	単位数	利用料	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	666 単位	7,112 円	712 円	1,423 円	2,134 円
要介護 2	787 単位	8,405 円	841 円	1,681 円	2,522 円
要介護 3	911 単位	9,729 円	973 円	1,946 円	2,919 円
要介護 4	1,036 単位	11,064 円	1,107 円	2,213 円	3,320 円
要介護 5	1,162 単位	12,410 円	1,241 円	2,482 円	3,723 円

延長加算（算定回数：1 日につき）

※宿泊サービスを利用される場合は算定しません。

時間区分	単位数	利用料	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
9 時間以上 10 時間未満	50 単位	534 円	54 円	107 円	161 円
10 時間以上 11 時間未満	100 単位	1,068 円	107 円	214 円	321 円
11 時間以上 12 時間未満	150 単位	1,602 円	161 円	321 円	481 円
12 時間以上 13 時間未満	200 単位	2,136 円	214 円	428 円	641 円
13 時間以上 14 時間未満	250 単位	2,670 円	267 円	534 円	801 円

○ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

● 介護保険給付対象サービス（加算料金）

介護保険制度で定められた要件を満たした上で、利用者の選択により実施し、サービスを提供した場合に、それぞれ利用料に加算されます。

項 目	単 位	費 用	自己負担額	備 考
個別機能訓練加算（Ⅰイ）	56 単位	598 円	60 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	60 単位	640 円	64 円	1 日につき
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位	1,708 円	171 円	月 2 回まで

科学的介護推進体制加算	40 単位	427 円	43 円	1 月につき
入浴介助加算（I）	40 単位	427 円	43 円	1 日につき
介護職員等処遇改善加算 I	所定単位数の 90/1000		左記の1割	

※自己負担額については1割負担の場合の記載となります。利用者様によっては1～3割の自己負担額となります。

（3）介護保険給付対象外サービス

1 支給限度額超過分

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、サービス利用料の全額が自己負担となります。

○自費負担通所費について（介護保険をご利用されない場合）

（ア） 費用 1回 8,800 円（送迎含む）

（イ） 事業者の通常の事業実施地域外にある利用者居宅から利用者を送迎する場合、実施地域を超えた地点から、1kmあたり 50 円を請求します。

（ウ） 食事代 朝食 550 円（税込）、昼食 660 円（税込）、夕食 660 円（税込）
食事サービスを受ける方は、食事代が必要となります。

（エ） おむつ・パッド代 1枚 165 円（税込）

（オ） 利用予定当日のキャンセル（連絡がなくキャンセルされた場合も含む）
については、キャンセル料として 440 円（税込）を徴収する。

（カ） その他

サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者に負担していただくことが適当と認められる費用は、利用者の実費負担となります。

●利用料等のお支払方法

毎月末までのご利用料金について、翌月の 15 日前後にご家族あてに請求書を送付させていただきます。お支払いは「預金口座引落」「振込」何れかでお願いいたします。

（4）その他

事 項	内 容
通所介護計画の作成及び事後評価	管理者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者および家族の希望を踏まえて通所介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を通所介護計画に記載して利用者及び家族に説明のうえ交付します。
従 業 員 研 修	年 2 回

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設利用者 相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ●窓口責任者 曾我 古那津 ご利用時間 9:00～18:00 ご利用方法 電話 0798-73-7555 面接 (相談室等)
その他の 連絡先	<ul style="list-style-type: none"> ●兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 電話 078-332-5617 (直通) (8:45～17:15) ●芦屋市福祉部高齢介護課介護保険事業係 電話 0797-38-2024(平日 9:00～17:30) ●西宮市法人指導課 電話 0798-35-3082 (平日 9:00～17:30)

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先に連絡します。

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に沿った対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める消防計画に沿った年 2 回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	なし	防火扉	なし
	避難階段	なし	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	あり	防火シャッター	なし
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用します。			

8 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 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等が交付するサービス利用票を提示してください。
- (2) 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。
- (3) これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- (4) 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (5) 所持金品は、自己の責任で管理してください。施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動、営利活動及び政治活動はご遠慮ください。
- (6) ペットの持ち込みは禁止します。

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - (3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果については従業者等に周知する。
 - (4) 虐待の防止のための指針を整備する。
 - (5) その他虐待防止のために必要な措置
 - (6) 前5号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を定める。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

- 10 第三者評価の実施状況
第三者評価は実施していません。

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき利用者に説明を行いました。

説明者氏名 _____ (印)

私は、本書面に基づいて上記職員から重要事項について説明を受け通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 _____ (印)

代理人氏名 _____ (印)

個人情報の利用目的

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[施設内での利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- 介護保険事務
- 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - ― 入退所等の管理
 - ― 会計・経理
 - ― 事故等の報告
 - ― 当該利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ― 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ― 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ― 検体検査業務の委託その他の業務委託
 - ― 家族等への心身の状況説明
- 介護保険事務のうち
 - ― 保険事務の委託
 - ― 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ― 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
 - ― 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ― 当施設において行われる学生の実習への協力
 - ― 当施設において行われる事例研究

[他の事業所等への情報提供に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
 - ― 外部監査機関への情報提供

【個人情報についての秘密保持厳守誓約】

株式会社ベビーリーフでは運営する事業所間で知り得た情報は漏洩することは致しません。ご利用者様の個人情報について秘密保持を厳守致します。