

社会福祉法人 愛親福祉会
通所介護 ゆう遊館デイサービスセンター重要事項説明書
〈令和 8 年 6 月 1 日現在〉

1、事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0248-63-2616 受付時間(月～土曜日 8:30～17:00)

担当者 ゆう遊館デイサービスセンター管理者 小西 秀明

2、ゆう遊館デイサービスセンターの概要

(1)提供するサービスの種類

事業所の名称	社会福祉法人 愛親福祉会 ゆう遊館デイサービスセンター
所在地	福島県須賀川市滑川字関ノ上 26 番地 4
介護保険事業所番号	0770700722
サービスを提供する地域	須賀川市全域、郡山市安積町

(2)当事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計	職務内容
管理者	1 名以上		1 名以上	当センターを統括します。
生活相談員	1 名以上		1 名以上	日常生活の相談に応じ適宜生活援助を行います。
機能訓練指導員	1 名以上		1 名以上	機能訓練を行います。
看護職員	1 名以上		1 名以上	日常生活上の介護並びに健康維持のための相談、助言等を行います。
介護員	4 名以上		4 名以上	

(3)当施設の設備の概要

定員 30 名(総合事業を含む) 送迎車 4 台 浴室 2 室 静養室 1 室

(4)営業日および営業時間

営業日:月曜～土曜日 営業時間:9 時 20 分～16 時 30 分の間とする。

定休日:日曜日、お盆(8 月 13 日～8 月 15 日)、年末年始(12 月 29 日～1 月 3 日)

3、サービスの内容

①通所介護計画の立案作成 ②食事 ③入浴介助 ④介護 ⑤個別機能訓練等

⑥口腔機能向上サービス ⑦生活相談 ⑧健康管理 ⑨レクリエーション ⑩送迎

4、料金

(1) ①基本料金 (通常規模通所介護)

介護度	1 日当たりの基本料金	介護保険適用時の自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
要介護 1	6,580 円	658 円	1,316 円	1,974 円
要介護 2	7,770 円	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護 3	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円
要介護 4	10,230 円	1,023 円	2,046 円	3,069 円
要介護 5	11,480 円	1,148 円	2,296 円	3,444 円

②同一建物に対する減算

同一建物(ケアハウス)から通う方は基本料金よりそれぞれ減算されます。ただし、送迎が必要と認められる方はこの限りではありません。

介護度	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
要介護 1～5	940 円減	94 円減	188 円減	282 円減

③入浴介助

1 回あたりの利用料金		介護保険適用時の自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
入浴介助加算(Ⅰ)	400 円	40 円	80 円	120 円
入浴介助加算(Ⅱ)	550 円	55 円	110 円	165 円

④送迎料

送迎を行わない場合には片道につき 47 単位減になります。

また、指定地域以外は、1km あたり 70 円の自己負担となります。

⑤サービス提供体制強化加算

(Ⅰ)・・・介護職員の総数のうち介護福祉士が 70%以上配置されていること、もしくは勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上。

1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
	1 割	2 割	3 割
220 円	22 円	44 円	66 円

(Ⅱ)・・・介護職員の総数のうち介護福祉士が 50%以上配置されていること。

1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
	1 割	2 割	3 割
180 円	18 円	36 円	54 円

--	--	--	--

(Ⅲ)・・・介護職員の総数のうち介護福祉士が 40%以上配置されていること、もしくは職員の総数のうち勤続 7 年以上の職員の割合が 30%以上。

1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
	1 割	2 割	3 割
60 円	6 円	12 円	18 円

⑥個別機能訓練加算（Ⅰ）

	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560 円	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	760 円	76 円	152 円	228 円

⑦個別機能訓練加算（Ⅱ）・・・（Ⅰ）に加えて要件を満たした場合に算定される。

1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
	1 割	2 割	3 割
20 円	20 円	40 円	60 円

⑧口腔機能向上加算

1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
	1 割	2 割	3 割
1500 円	150 円	300 円	450 円

⑨中重度者ケア体制加算

1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
	1 割	2 割	3 割
450 円	45 円	90 円	135 円

⑩ADL 維持等加算Ⅰ・Ⅱ

1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
	1 割	2 割	3 割
300 円・600 円	30 円・60 円	60 円・120 円	90 円・180 円

⑪口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ

	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
口腔・スクリーニング加算（Ⅰ）	200 円	20 円	40 円	60 円
口腔・スクリーニング加算（Ⅱ）	50 円	5 円	10 円	15 円

⑫科学的介護推進体制加算

1 月あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
	1 割	2 割	3 割
400 円	40 円	80 円	120 円

⑬介護職員等処遇改善加算Ⅱロ

1 ヶ月あたりの利用単位数×11.8%

※②～⑬加算については人員の配置状況や実施状況により有無が変更します。

- (2) 食材費 740 円(昼食 620 円 おやつ 120 円)
- (3) その他 行事参加費、日用品(紙オムツ、歯ブラシ、歯磨き粉、化粧水、洗顔タオルなど)は自己負担となります。
また延長料金は 1 時間につき 500 円となります(介護保険適用外)。
- (4) くもん学習療法 希望者は利用日に学習療法を受けることができます。1 か月 2200 円となります。

5、通所介護サービスの利用の中止

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ・ 利用予定日の 8 時 30 分までにご連絡いただいた場合:無料
- ・ 利用予定日の 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合:350 円
下記の事由に該当する場合はサービスを中止する場合があります。その場合は必要に応じ家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。
- ・ 利用日の健康チェックの結果、体調が優れないと判断された場合。
- ・ 利用中に体調の変化があった場合。
- ・ 利用者が事業者やサービス従業者及び他の利用者に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。

6、お支払い方法

通所介護サービスの利用月ごとに請求いたしますので、請求日より 30 日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書の発行をいたします。お支払い方法は下記よりお選びください。

a 窓口での現金支払い b 銀行自動振替での支払い

c 銀行振込 下記の指定口座に振り込みください、なお手数料は振込者負担となります。

大東銀行 安積支店 口座番号 1519572 普通預金 社会福祉法人愛親福祉会 理事長 横堀孝親

※ 保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合は当該月の費用を全額お支払いいた

できます。その際サービス提供証明書を発行します、このサービス提供証明書を市町村の窓口に提出しますと自己負担額(保険料の自己負担分と食材費)を除く金額が払い戻されます。

7、サービスの利用方法

(1) サービスの申し込み方法

まずはお電話等でお申し込みください。利用期間の決定後、契約を締結します。なお利用の予約は1ヶ月前から受け付けます。 ※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は事前に担当の介護支援専門員にご相談ください。

(2) サービス契約の終了

①利用者の都合でサービス利用契約を終了する場合

1 週間の予告期間をおき、文書での申し出によりいつでも解約できます。

②自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても自動的に契約を終了します。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 利用者が死亡した場合
- ・ 介護保険サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合

③その他 利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず 30 日以内に支払わない場合、又は利用者が事業者や職員及び他の利用者に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は契約を終了させていただく場合があります。この場合、契約終了 30 日前までに文書で通知します。また、やむを得ない事情により当事業所を縮小する場合契約を終了させていただく場合があります。この場合、契約終了 30 日前までに文書で通知いたします。

8、利用にあたっての留意事項

(1) 送迎時間について

通常送迎時間に変更がある場合はご連絡いたします。

(2) 体調の確認について

利用日の朝、熱や血圧等体調の確認をお願いいたします。

(3) 体調不良によるサービス中止、変更

体調不良によるサービス中止、変更がある場合は利用予定日の 8 時 30 分までにご連絡ください。

9、事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

要介護状態等にある利用者に対して、可能な限り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、適切な通所介護サービスを提供し、使用者の心身機能の維持増進並びにご家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

- ①運営する通所介護サービスは介護保険法並びに関係する厚生労働省令等の内容に沿ったものとします。
- ②人権を尊重し、常に利用者の立場にたった通所介護サービスを提供します。また利用者及び家族等のニーズを的確に捉えた個別の通所介護計画を作成いたします。
- ③関係市町村、居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業所、保健医療サービス、福祉サービスの提供者との綿密な連携に努めます。

10、緊急時の対応方法

利用者の体調に変化等があった場合は医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡いたします。

11、事故発生時の対応方法

万が一利用者に事故等が発生した場合は、事故対応マニュアルにそって必要な処置を講じるほかご家族や関係機関等に速やかに連絡いたします。

12、損害賠償

通所介護サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は利用者に対して速やかにその損害を賠償いたします。

13、非常災害対策

災害時の対応:防災マニュアルに沿った非難を行う。

防災設備 :屋内消火栓、防火扉、消火器

防災訓練 :避難訓練、年 1 回実施

防災責任者 :横堀 孝親

14、サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所苦情受付担当

苦情解決責任者:管理者 小西 秀明 苦情受付責任者:生活相談員 吉田 奈津希

電話:024-63-2616(受付時間 月～土曜日 8 時 30 分～17 時 30 分)

(2) 苦情解決第三者委員

湯口勇(法人監事) 電話:024-921-7551(9 時～17 時)

渡辺光男(法人評議員) 電話:024-951-5828(9 時～17 時)

(3) その他

上記以外に市町村等の苦情、相談窓口等でも受付けております。

須賀川市保健福祉部高齢福祉課:TEL 0248-88-8117

福島県社会福祉協議会内 福島県運営適正化委員会事務局:TEL 024-523-2943

15、虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止に関する委員会を開催して、その結果について職員へ周知をする。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に行う。
- (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をする。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに委員会内で協議して職員への周知など、適切な対応を行い再発防止に努める。
- (5) 上記の措置を適切に実施するための担当として、責任者を施設長、窓口を管理者・生活相談員とする。

16、その他運営に関する重要事項

- (1) 職員の資質の向上を図るため研修機会を設け、各種資格取得を推奨しております。

- (2) 利用者のニーズに適切に応じるため、サービスの自己評価を実施しています。
- (3) 各種ボランティア等を積極的に受け入れ交流の場を提供し、地域住民等との連携を図ります。
- (4) その他、運営に関する重要事項は社会福祉法人愛親福祉会の理事会、評議委員会で定めます。

17、当事業所の概要

法人名称 :社会福祉法人 愛親福祉会
代表者名 :理事長 横堀 孝親
法人所在地:福島県須賀川市滑川字関ノ上 26 番地 4
電話番号 :0248-63-2616

(定款の目的に定めた事業)

- (1) 第一種社会福祉事業 軽費老人ホーム ケアハウスゆう遊館の設営
特別養護老人ホームゆう遊館の設営
- (2) 第二種社会福祉事業 老人デイサービス事業、老人居宅介護等事業、老人短期入所事業
(施設、事業所)
- (1) ケアハウス (2) 通所介護事業所 (3) 訪問介護事業所 (4) 居宅介護支援事業所
- (5) 特別養護老人ホーム (6) 短期入所生活介護

18、第三者による評価の実施状況

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

【事業者】 所在地 福島県須賀川市滑川字関ノ上 26 番地 4
名称 社会福祉法人 愛親福祉会 ゆう遊館デイサービスセンター

代表者 管理者 小西 秀明 印

【説明者】 職氏名 印

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

令和 年 月 日

【利用申込者】 氏名 印

【家族、代理人】 氏名 印