

# 重要事項説明書

## 1 事業所の概要

(令和6年4月1日現在)

事業所名	共楽荘通所介護福祉サービスセンター		
所在地	横須賀市衣笠栄町4丁目14番地		
提供サービス及び介護保険事業所番号(総合事業所番号)	(通所介護) (旧介護予防通所介護) 日常生活支援総合事業 (指定第1号通所事業者)	横須賀市 第1471900637号 (通所介護事業 平成12年2月1日 指定) (介護予防事業 平成18年4月1日 指定) (総合事業<みなし> 平成28年1月1日 指定) (総合事業 平成30年4月1日 指定)	
管理者及び連絡先	サービス種類	氏名	連絡先
	(通所介護) 日常生活支援総合事業 (指定第1号通所事業者)	阿部吉朗	共楽荘通所介護福祉サービスセンター 046(851)1871
サービス提供通常実施地域	(通所介護) 日常生活支援総合事業 (指定第1号通所事業者)	横須賀市	
利用者定員	(月～土曜日) 1日につき定員30名 (日曜日) 1日につき定員25名 いずれも通所介護・日常生活支援総合事業 (指定第1号通所利用者)・特定施設利用者と 一体的に実施しての総定員		
福祉サービス第三者評価事業	未実施		

## 2 事業所の職員体制等

通所介護・日常生活支援総合事業(指定第1号通所事業)

職種	業務	人員
管理者	職員の管理及業務の管理を一元的に行う	1名(兼務1名)
生活相談員	利用者又は家族の利用に関する相談に応じ適切なサービス提供の調整を行う	4名(兼務4名)
機能訓練指導員	利用者の機能訓練指導・援助を行う	3名(非常勤兼務3名)
看護職員	利用者の健康管理・指導・援助を行う	3名(非常勤兼務3名)
介護職員	利用者に通所介護サービスを提供する	15名(常勤4名 非常勤11名)
単位毎人員配置	(月～土曜日) 1単位目 管理者1名 生活相談員1名 看護師1名 定員30名 機能訓練指導員1名 介護職員最低人員4名	
	(日曜日) 2単位目 管理者1名 生活相談員1名 看護師1名 定員25名 機能訓練指導員1名 介護職員最低人員3名	

## 3 営業時間

サービス種類	平日	土曜日	休祭日
通所介護 日常生活支援総合事業 (指定第1号通所事業者)	8:30～17:30	8:30～17:30	祭日を除き平常営業

(注) 年末年始(12/30～1/3) および、祭日は休業となります。(振替休日は営業)

## 4 利用者負担金

(1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、別表のとおりです。(1日あたり)

<地域区分>4級地 1単位=10.54円

別表

<通常規模型通所介護費> (9:40-16:00)6時間20分

ご利用者の 要介護度	単位	1日当たりの負担金		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要介護1	584単位/日	¥616	¥1,231	¥1,847
要介護2	689単位/日	¥726	¥1,452	¥2,179
要介護3	796単位/日	¥839	¥1,678	¥2,517
要介護4	901単位/日	¥950	¥1,899	¥2,849
要介護5	1008単位/日	¥1,062	¥2,125	¥3,187

<各種加算>

体制 加算	NO.	加算名	単位数	利用料金 (×10.54円)	自己負担額		
					1割	2割	3割
○	1	高齢者虐待防止措置実施の有無	基準型				
○	2	業務継続計画策定の有無	基準型				
	3	入浴介助加算Ⅰ	40単位/日	¥422	¥42	¥84	¥126
○	4	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位/日	¥63	¥6	¥13	¥19
○	5	科学的介護推進体制加算	40単位/月	¥422	¥42	¥84	¥126
○	6	介護職員処遇改善加算Ⅰ	5.9%				
○	7	介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	1.0%				
○	8	介護職員等ベースアップ等支援加算	1.1%				
○	9	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.4%				

※介護職員処遇改善加算Ⅰは令和6年5月末までとする。

※介護職員等処遇改善加算Ⅱは令和6年5月末までとする。

※介護職員等ベースアップ等支援加算は令和6年5月末までとする。

※介護職員等処遇改善加算Ⅱは令和6年6月1日からとする。

※介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員等処遇改善加算Ⅱ、介護職員等ベースアップ等支援加算、介護職員等処遇改善加算Ⅱは「通常規模型通所介護費」と「各種加算NO.1~5」の合計単位数にそれぞれ掛けるものとする。

※上記該当サービスを利用した場合、サービスコードの所定単位数の合計に<地域区分>4級地 1単位=10.54円を掛けて算定された料金のうち、介護保険負担割合証に応じた自己負担額(1割、2割、3割)をお支払いいただきます。

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。また上記通常規模型通所介護費のほかに、下記各種加算が発生した場合は自己負担額に追加されま

す。

〈横須賀市介護予防通所介護相当サービス〉

横須賀市介護予防通所介護相当サービス（A6：独自）サービスコード表

サービスコード	サービス名称略称	算定項目		合成 単位数	算定 単位数	
A6 1111	通所型独自サービス1	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	1,798単位	1,798	
A6 1112	通所型独自サービス1 1日割			59単位	59	
A6 1121	通所型独自サービス1 2日割			3,621単位	3,621	
A6 1122	通所型独自サービス1 2日割	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1	119単位	119	
A6 1113	通所型独自サービス2 1		事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	436単位	436	
A6 1123	通所型独自サービス2 2		事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で8回まで	447単位	447	
A6 C211	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算1 1	高齢者虐待防止措置未実施減算	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	18単位減算	-18
A6 C212	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算1 1 日割				1単位減算	-1
A6 C213	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算1 2		ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1	36単位減算	-36
A6 C214	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算1 2 日割				1単位減算	-1
A6 C215	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算2 1	業務継続計画未策定減算	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	4単位減算	-4
A6 C216	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算2 2				4単位減算	-4
A6 D211	通所型独自業務継続計画未策定減算1 1		ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1	18単位減算	-18
A6 D212	通所型独自業務継続計画未策定減算1 1 日割				1単位減算	-1
A6 D213	通所型独自業務継続計画未策定減算1 2	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	36単位減算	-36	
A6 D214	通所型独自業務継続計画未策定減算1 2 日割			1単位減算	-1	
A6 D215	通所型独自業務継続計画未策定減算2 1	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1	4単位減算	-4	
A6 D216	通所型独自業務継続計画未策定減算2 2			4単位減算	-4	
A6 6105	通所型独自サービス同一建物減算1	事業所と同一の建物に居住する又は同一建物から利用する者に通所型サービス(独自)を行う場合	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	376単位減算	-376
A6 6106	通所型独自サービス同一建物減算2			事業対象者・要支援2	752単位減算	-752
A6 6207	通所型独自サービス同一建物減算3		ロ 1月当たりの回数を定める場合		94単位減算	-94
A6 5612	通所型独自送迎減算	事業所が送迎を行わない場合		47単位減算	-47	
A6 5010	通所型独自生活上グループ活動加算	ハ 生活機能向上グループ活動加算		100単位加算	100	
A6 6109	通所型独自サービス若年性認知症受入加算	ニ 若年性認知症利用者受入加算		240単位加算	240	
A6 6116	通所型独自サービス栄養アセスメント加算	ホ 栄養アセスメント加算		50単位	50	
A6 5003	通所型独自サービス栄養改善加算	ヘ 栄養改善加算		200単位加算	200	
A6 5004	通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅰ	ト 口腔機能向上加算	(1) 口腔機能向上加算(Ⅰ)	150単位加算	150	
A6 5011	通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅱ		(2) 口腔機能向上加算(Ⅱ)	160単位加算	160	
A6 6310	通所型独自一体的サービス提供加算	チ 一体的サービス提供加算		480単位加算	480	
A6 6011	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ 1	リ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	事業対象者・要支援1	88単位加算	88
A6 6012	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ 2			事業対象者・要支援2	176単位加算	176
A6 6107	通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ 1		(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	72単位加算	72
A6 6108	通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ 2		事業対象者・要支援2	144単位加算	144	
A6 6103	通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ 1	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1	24単位加算	24	
A6 6104	通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ 2		事業対象者・要支援2	48単位加算	48	
A6 4001	通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ	ス 生活機能向上連携加算	(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) (3月に1回を限度)	100単位加算	100	
A6 4002	通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ		(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位加算	200	
A6 6200	通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	ル 口腔・栄養スクリーニング加算	(1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)	20単位加算	20	
A6 6201	通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ		(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)	5単位加算	5	
A6 6311	通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	サ 科学的介護推進体制加算		40単位加算	40	
A6 6100	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	ク 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の59/1000 加算		
A6 6110	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱ		(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の43/1000 加算		
A6 6111	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ		(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の23/1000 加算		
A6 6118	通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	カ 介護職員等特定処遇改善加算	(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の12/1000 加算	1月につき	
A6 6119	通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅱ		(2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の10/1000 加算		
A6 6114	通所型独自サービスベースアップ等支援加算	コ 介護職員等ベースアップ支援加算		所定単位数の11/1000 加算		

※上記該当サービスを利用した場合、サービスコードの所定単位数の合計に＜地域区分＞4級地 1単位＝10.54円を掛けて算定された料金のうち、介護保険負担割合証に応じた自己負担額(1割、2割、3割)をお支払いいただきます。

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。また上記通常規模型通所介護費のほかに、下記各種加算が発生した場合は自己負担額に追加されます。

〈食材料・調理費等〉

通常規模型通所介護サービス及び横須賀市介護予防通所介護相当サービス提供時間に共楽荘通所介護福祉サービスセンターが提供する食事又はおやつを提供を受けたときは、1日につき850円を提供回数分お支払いいただきます。

**食事代(食材料・調理費等) 1日につき：850円**

(2) おむつについては、提供しておりませんので、ご利用者自身が必要な分をご用意ください。

(不足の場合は状況により、貸し出し致します。)

(3) 利用者負担金の支払い方法

ア 利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から翌月27日に引き落とします。）

B 現金払い（利用翌月の請求書発行後、サービス提供時にお支払い願います。）

C 銀行振り込み（利用翌月の請求書発行後、ご利用の方がお振り込み願います。手数料はご利用者の負担となります。ご希望の方は別途振込先をお知らせ致します。）

イ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。

居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割もしくは8割もしくは7割）を請求することになります。

※ 介護保険外サービスの場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外サービスとなる場合には、居宅サービス計画もしくは介護予防サービス計画およびケアマネジメントを作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

## 5 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに下記の連絡先までご連絡ください。

全体窓口（連絡先）（電話）：046-851-1904

直通窓口（連絡先）（電話）：046-851-1871

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、原則として、サービス利用の前々日までにご連絡ください。なお、その後の変更については早急にご連絡をお願いいたします。

(3) 当日体調が思わしくない時は無理をせず、朝8時から8時30分迄にご連絡願います。

(4) 感染症（インフルエンザ等）予防のため、過度の咳込みや発熱等の症状が、送迎担当職員により確認した場合、お休み頂くことがありますので、あらかじめご了承ください。

## 6 事業所のサービスの方針等

通所介護もしくは総合事業（指定第1号通所事業）

ア 利用者の人格を尊重し、利用者及びその家族のニーズを適格に捉え、当該施設において、利用者が必要とする入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行い、適切な通所介護もしくは総合事業（指定第1号通所事業）サービスを提供します。

イ 特に認知症の状態にある利用者に対して、さまざまな状況に対応したサービスの提供ができるよう体制を整えています。

## 7 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所お客様相談コーナー	電話番号	046(851)1871
	FAX番号	046(850)3210
	デイサービス主任相談員	佐藤 智子
	対応時間	8:30~17:30（祭日・年末年始を除く）

○ 次の公的機関においても、苦情申出等ができます。

<p>市町村介護保険相談窓口 横須賀市 福祉部介護保険課給付係</p>	<p>所在地 〒238-8550 横須賀市小川町11番地 電話番号 046(822)8253 FAX番号 046(827)8845 対応時間 8:30~17:15 (土・日曜・祭日・年末年始を除く)</p>
<p>市町村総合事業相談窓口 横須賀市 (福祉部高齢福祉課) 要支援1・2・総合事業 (指定第1号通所利用)対象者</p>	<p>所在地 〒238-8550 横須賀市小川町11番地 電話番号 046(822)8402 FAX番号 046(827)3398 対応時間 8:30~17:15 (土・日曜・祭日・年末年始を除く)</p>
<p>横須賀市以外に在住の方</p>	<p>当該市町村の介護保険担当相談窓口まで、ご相談ください</p>
<p>神奈川県国民健康保険 団体連合会(国保連) 《介護苦情相談係》</p>	<p>所在地 〒220-0003 横浜市西区楠町27番地1 電話番号 045(329)3447 電話番号 0570-022110 《苦情専用ダイヤル》 利用時間 8:30~17:15 (土・日曜・祭日・年末年始を除く)</p>

## 8 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 阿部睦会
代表者名	阿部 厚三
法人所在地・電話	横須賀市衣笠栄町4丁目14番地 TEL046(851)1904
業務の概要	<p>昭和23年10月法人設立 次の介護保険給付の対象となるサービスを提供しております。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・養護老人ホームの経営 ・特別養護老人ホームの経営 ・保育所の経営</li> <li>・老人居宅介護事業の経営 ・老人デイサービスセンターの経営</li> <li>・老人短期入所の経営 ・老人介護支援センターの経営 ・居宅介護支援事業</li> <li>・地域包括支援センター事業 ・配食サービス事業 ・診療所の事業</li> <li>・介護予防・日常生活支援総合事業</li> </ul>
事業所数	18

## 9 緊急時（事故発生等）における対応（損害賠償）及び非常災害対策

- (1) ご利用者及びご家族との事前調査資料に記載の緊急連絡先に基づき、利用者の容態の急変やその他緊急を要する事故等が発生した場合、当法人事業所の緊急時・事故対応マニュアルに基づき、緊急連絡先のご家族等へご連絡のうえ必要に応じ、医療機関等関係機関と調整を致します。但し、緊急連絡先のご家族等が不在、もしくは連絡が取れない等、一刻を争う容態と判断せざるを得ない場合は人命を最優先とし、救急車にて医療機関等関係機関への対応致します。また利用者に対する各事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行ないます。
- (2) サービスの提供中に非常災害（火災・自然災害等）が発生した場合は、当法人の災害対策マニュアルに基づき、職員は迅速に利用者の人命を最優先し、非難誘導等適切な安全確保に必要な措置を講じます。

## 10 衛生管理対策と職員研修

- (1) 各事業において使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意するものとする。
- (2) 職員等は、感染症等に関する知識の習得に努める。
- (3) 職員の資的向上を図るため研修の機会や評価等を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備する。1. 採用時研修 採用時2ヶ月以内 2. 職員研修

### 11 個人情報保護対策

- (1) 各事業者の職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を職員との雇用契約の内容とします。

### 12 その他

- (1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (2) ご利用の際、利用者間でのトラブル防止のため、贈り物や飲食物等の持ち込みはご遠慮させていただきます。但し、喉飴等ご自身で召し上がる分量の場合はこの限りではありません。また、他の利用者に迷惑を及ぼす行為（暴力行為・酒気帯びにてのサービス利用・施設内での喫煙【平成22年4月より禁煙】および営利活動もしくは宗教活動）はご遠慮ください。
- (3) ご利用の際、利用者間でのトラブル防止のため、貴重品の持ち込みはご遠慮させていただきます。持ち込まれた場合、お申し出により一時、金庫に保管することが出来ますが、お申し出いただかない場合はその責任を負いかねます。

(4) 医療行為・健康管理については、ご利用毎に常駐の看護師が必要に応じて対応致します。

但し、必要な処置具類（湿布薬や絆創膏類）等は各自にて、ご用意願います。

また、状況に応じて主治医の指示書が必要になります。

（感染症・外科的処置・導尿処置・糖尿病インスリン接種単位等）

(5) 爪切りにおいては、医療行為の対象となるため、看護師が対応致します。但し、独居生活でご家族のいない方に限ります。しかし、医療機関での処置が看護師により妥当と判断できる場合、

（巻き爪等）利用者に事由をご説明のうえ、同意していただく場合があります。

(6) ご利用日に体調の変化等、お気づきの点がございましたら、ご遠慮なく朝の迎えの担当職員へお知らせください。（体調が思わしくない時は、無理をせずお休みください。）

(7) 入浴の際に必要な持ち物として、入浴後の下着類（紙パンツ・おむつ・パット類）は当事業所において、販売等は行っておりませんので、各自必要な枚数をご用意願います。なお、入浴後の髭そりにおいて、危険防止の為、各自で電気カミソリを持参されてご使用ください。（T字カミソリ等、刃物類の持込みはご遠慮ください。）

(8) デイサービス連絡帳をお渡しますので、ご利用の際に毎回、お持ち願います。

連絡帳にはご利用時のご様子、次回ご利用日や連絡事項、伝達書類（健康状態、入浴可否）等、および請求兼領収証を添付することがありますので、ご確認をお願い致します。また、服薬の管理に心配のある方は、分包済飲み切りの薬袋に氏名をご記入の上、連絡帳に挟んで頂ければ、職員が服薬管理のお手伝いを致します。

お薬をご持参になる場合は服薬内容がわかるお薬手帳かお薬の説明書をご持参下さい。またお薬の内容が変わりましたら必ず新しい内容の説明書をお持ち下さい。

(9) デイサービスご利用時の様子について、詳細内容をご希望の場合は、お申し付け頂ければ、一定のご利用期間に応じ、検温、血圧、ケース記録（ご利用時の様子）を書面にて交付いたします。

(10) 送迎時間、送迎車両、送迎方法は利用者自宅条件、介護者の有無等により異なりますが、利用当日は契約時の説明とおり、電話連絡があるまで自宅にて待機して下さい。電話連絡がある前の外出による体調の急変、事故等については責任を負いかねます。

※送迎方法にて特別対応（車椅子使用・階段昇降・狭路地）等の詳細は通所介護計画書に記載します。

(11) 緊急の場合（医療機関へ緊急搬送など）を除き、送迎時での買い物や都合により、帰宅前に送迎車両から途中下車をすることは原則、認められておりませんので、ご了承ください。

(12) 当デイサービスでは（ご利用中を含む）において、理美容サービスは行っておりませんので、あらかじめご了承ください。

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日  
上記により重要事項を説明しました。

(事業者) 所在地 横須賀市衣笠栄町4丁目14番地  
事業者名 共楽荘通所介護福祉サービスセンター  
説明者 \_\_\_\_\_ (印)

令和 年 月 日  
上記のとおり説明を受け内容に同意し、交付を受けました。

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(利用者の家族または代理人) : (代理人を選任した場合)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(自筆またはサインでも可)

(注) 「代理人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行なえる方が記載してください。なお代理人は契約上の法的な義務等を負うものではありません。