

指定通所介護・介護予防通所型サービス

重要事項説明書

《令和 5 年 12 月 1 日改訂》

社会福祉法人 山中福社会

下和田ケアセンター

〒242-0015

大和市下和田 822-1

☎046-268-2733

□指定通所介護・□介護予防通所型サービス 重要事項説明書

《令和 5 年 12 月 1 日改訂》

1. 社会福祉法人山中福祉会の概要

法人種別・名称	社会福祉法人山中福祉会
代表者氏名	理事長 石井敏英
所在地	神奈川県大和市下和田 822-1
連絡先	電話 046-268-2733 FAX 046-268-2603
定款の目的に定めた事業 法人が行なう介護保険 サービスの種類	1.特別養護老人ホーム 和喜園（介護老人福祉施設）
	2.特別養護老人ホーム 和喜園田園（介護老人福祉施設）
	3.短期入所生活介護（ショートステイ）
	4.予防短期入所生活介護（ショートステイ）
	5.居宅介護支援事業所
	6.桜丘・和田地域包括支援センター
	下和田ケアセンター
	1.通所介護（デイサービス）
	2.介護予防通所型サービス（デイサービス）

2. 事業所の概要

事業所名称及び事業所番号

事業所名称	下和田ケアセンター
所在地	神奈川県大和市下和田 822-1
連絡先	電話 046-268-2733 FAX 046-268-2603
事業所番号	神奈川県指定 1473000303
管理者氏名	石井 康愛
利用定員	37 名
サービスを提供する地域	大和市全域 綾瀬市の一部 （蓼川、本蓼川、深谷南、上土棚北、上土棚中、上土棚南） 藤沢市の一部(高倉・長後・下土棚)・横浜市の一部(泉区・瀬谷区)

3. 設備の概要

区分	数量	区分	数量
食堂	1 室	機能訓練室	1 室
浴室	1 室	相談室	1 室
		車両	3 台

4. 職員体制

職 種	人 員		
	常 勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
生活相談員	専従1名、兼務1名		2名
介護職員	6名	6名	12名
看護師		2名	2名
機能訓練指導員		2名	2名
運転手		4名	4名

5. 営業日時

月曜日～土曜日	8時45分～17時45分
休業日	日曜日及び年末年始 12月30日～1月3日

6. サービス提供時間

月曜日～土曜日	9時30分～16時30分(7時間)
---------	-------------------

7. サービス内容 (介護保険給付対象サービス)

(1) 食事

食事の準備、配膳、下膳及び食事摂取に必要な支援。

管理栄養士による栄養バランスのとれた献立により栄養及びご利用者の体調や病状により、適切な食事を提供いたします。

(2) 入浴

ご利用者の心身の状況に合わせた入浴方法を選択し、入浴に関わる必要な介助を行います。当日のご利用者の状態や主治医の指示により中間浴(リフト浴)又はシャワー浴となる場合があります。

※事業所に入浴に関わるタオル類、シャンプーやボディーソープの準備はございます。

(3) 送迎

ご自宅より施設まで専用車両により介護職員を1人以上配置し、ご利用者の乗降の介助や送迎に関わる支援を安全に行います。また、送迎についての個別支援方法につきましては、生活相談員が承りますので、ご相談ください。

(送迎は、ご自宅玄関より施設までです。途中での乗降はできません。実施地域以外のご利用は可能です。その際の料金は徴収致しません)

(4) 介護

サービス計画書に沿ってサービスの提供をいたします。

排泄、入浴、食事等をご利用者個々の状態に合わせ必要な介護をいたします。

(5) 個別機能訓練

日常生活動作に関する訓練をご利用者の心身の状態に合わせ、ご利用者の残存能力を引き出し活用できるように行います。

(6) レクリエーション

年間行事予定や月間プログラムにもとづき、日替わりで行います。

(7) 生活相談

生活相談員に介護及び日常生活等に関する事も含めご相談いただく事ができます。

(8) 健康チェック

ご利用毎、看護師により簡易的な健康チェックを行い健康状態の確認いたします。

8. 個人情報の取り扱いについて

(1) 事業所の職員は、正当な理由なく業務で知りえたご利用者及びご家族等の情報を漏らす事は致しません。

医療上緊急の必要がある場合やサービス担当者会議等で必要のある場合に限り、必要最小限の範囲内で個人情報を用いる場合があります。

(2) 当法人では、広報誌、ホームページ等にてご利用者の日常の様子を各方面にお知らせしております。その場合個人特定に配慮し写真を掲載させていただく場合があります。

9. お支払いについて

(1) 料金のお支払いは、ご指定の金融機関の口座より月1回、27日に引き落としをさせていただきます。現金によるお支払いは、原則対応しておりません。

10. 1日のプログラム

時間	内容
8時20分	送迎開始
9時30分	朝の挨拶、サービス提供開始
9時35分	健康チェック、入浴開始
10時00分	機能訓練(脳機能)
10時30分	機能訓練終了
12時00分	食事前の嚥下体操、配膳
12時15分	食事開始
	服薬、下膳、口腔ケア、整容対応、個人レクリエーション対応他
13時40分	機能訓練(身体機能)
14時10分	機能訓練終了
14時15分	レクリエーション開始(カラオケ、ゲーム、ボランティア等)
15時15分	レクリエーション終了
15時25分	おやつ提供

15時45分	個別機能訓練（下肢機能）
16時15分	帰りのレクリエーション
16時30分	サービス提供終了

11. ご利用にあたっての留意事項

(1)

お休みのご連絡	ご利用予定日の当日 8時 15分までにお問い合わせいたします
	事前のご連絡は 24時間受け付けております
喫煙について	屋外の指定場所でお問い合わせ(雨天時不可)
設備及び福祉用具の利用	生活相談員にご相談ください

- (2) 事故防止のため、食品等の持ち込み及びご利用者間での食品、物品等のやり取り又は、金銭、貴重品、装飾品の持ち込みはご遠慮下さい。
持ち込まれた場合のトラブルや紛失について、施設での責任は負いかねます。
- (3) 他のご利用者の迷惑になる行為は禁止させていただきます。また、暴力行為等が認められた場合、ご利用を中止させていただく場合があります。
- (4) ご利用者が感染性の疾病（インフルエンザ・ノロウイルス等）の場合、他のご利用者へ感染が懸念される場合は、サービス利用を控えて頂くことがございます。
また、事業者が定める感染予防対策に該当した場合にはサービスの提供を中止させていただく場合があります。
- (5) 利用日の朝は体調を確認していただき、変化があれば送迎職員にお知らせください。
また、定期受診等で服薬の変更や、主治医からの注意事項等がありましたら、速やかにご連絡をお願い致します。
- (6) 持ち物や肌着等にはトラブル防止の為、お名前の記入をお願いいたします。
- (7) 体調不良や私的都合等で、サービスを提供途中で利用中止となった場合でも、所定の料金が発生いたします。

12. 施設利用の留意事項

- (1) 施設、設備、敷地の利用は本来の用途に従い利用をお願いいたします。
- (2) 故意、不注意により施設、設備を破損したり汚したりした場合、ご契約者又は代理人の自己負担により現状復帰していただくか、相当の対価を徴収させていただく場合があります。
- (3) 宗教活動、政治活動、営利活動は禁止させていただきます。
- (4) 利用中に、体調が急変した場合には、医師や緊急連絡先にご連絡し速やかに適切な処置を迅速に行います。
また、救急搬送が必要な場合には速やかに、搬送先の病院まで対応をお願い致します。
(緊急連絡先に変更等がございましたら速やかにご連絡をお願いいたします。)

13. 利用料金

(1) 介護予防通所型サービス 利用料金

サービス提供時間:7 時間以上 8 時間未満

月額料金 (処遇改善加算Ⅰ 特定処遇改善加算Ⅰ、サービス提供体制加算、地域区分単価
ベースアップ等支援加算を含む)

介護度区分	基本単位数	月額料金(1割負担)	月額料金(2割負担)	月額料金(3割負担)
要支援 1	1,672 単位	1,972 円	3,944 円	5,916 円
要支援 2	3,428 単位	4,039 円	8,078 円	12,117 円

- ・ 処遇改善加算Ⅰ 所定単位数に 5.9%を乗じた単位。支援 1-103 単位、支援 2-211 単位
- ・ 特定処遇改善加算Ⅰ 所定単位数に 1.2%を乗じた単位。支援 1-21 単位、支援 2-43 単位
- ・ サービス提供体制加算 要支援 1-72 単位・要支援 2-144 単位
- ・ 地域区分単価 合計単位数に 10.45 円を乗じた金額
- ・ ベースアップ等支援加算 所定単位数に 1.1%を乗じた単位
- ・ 科学的介護推進体制加算・・・1月に 40 単位
- ・ 口腔機能向上加算Ⅱ・・・・1月に 1 回、1 回につき 160 単位 (希望者のみ)

例・要支援 1 (1割負担額)

昼食代 700 円(おやつ代を含む) 科学的介護推進体制加算 (40 単位/月)

月 4 回サービスをご利用になった際の利用料金

$$1,972 \text{ 円 (月額料金)} + 44 \text{ 円 (科学的介護推進体制加算)} + 2,800 \text{ 円 (食費 } 700 \times 4 \text{ 回)} \\ = 4,816 \text{ 円}$$

(2) 通所介護 利用料金

通所介護 (通常規模) : サービス提供時間:7 時間以上 8 時間未満

月額料金 (処遇改善加算Ⅰ 特定処遇改善加算Ⅰ、サービス提供体制加算、地域区分単価を含む)

介護度区分	基本単位数	1 回料金(1割負担)	1 回料金(2割負担)	1 回料金(3割負担)
要介護 1	655 単位	761 円	1,522 円	2,283 円
要介護 2	773 単位	895 円	1,789 円	2,684 円
要介護 3	896 単位	1,034 円	2,067 円	3,101 円
要介護 4	1,018 単位	1,171 円	2,341 円	3,512 円
要介護 5	1,142 単位	1,312 円	2,623 円	3,935 円

- ・ 処遇改善加算Ⅰ・・・・・・所定単位数に 5.9%を乗じた単位
- ・ 特定処遇改善加算Ⅰ・・・・所定単位数に 1.2%を乗じた単位
- ・ サービス提供体制加算・・・・1 回利用毎 18 単位
- ・ 地域区分単価・・・・・・合計単位数に 10.45 円を乗じた金額
- ・ ベースアップ等支援加算 所定単位数に 1.1%を乗じた単位
- ・ 入浴加算・・・・・・1 回利用毎 40 単位
- ・ 科学的介護推進体制加算・・・1月に 40 単位
- ・ 口腔機能向上加算Ⅱ・・・・1月に 2 回、1 回につき 160 単位 (希望者のみ)

例・介護 1 (1割負担額)

昼食代 700 円(おやつ代を含む) 科学的介護推進体制加算 (40 単位/月) 入浴加算 (40 単位/月)

1 回サービスをご利用になった際の利用料金

$$761 \text{ 円 (1 回料金)} + 44 \text{ 円 (科学的介護推進体制加算)} + 700 \text{ 円 (食費)} + 44 \text{ 円 (入浴加算)} \\ = 1,549 \text{ 円}$$

(3) その他の費用

食事代(おやつ代を含む)	700 円/ご利用毎	調理費+食材費
リハビリパンツ	150 円/1 枚	ご持参頂かない場合
紙おむつ	150 円/1 枚	ご持参頂かない場合
尿取りパット	50 円/1 枚	ご持参頂かない場合
イベント等参加費	その都度ご案内	
その他個別に必要な物品等 栄養補助食品など	その都度ご案内	