

ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかた
指定地域密着型通所介護運営に関する重要事項説明書

(令和 7年 10月 1日現在)

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称

- ・事業所名 ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかた
- ・開設年月日 令和 4年 4月 1日
- ・所在地 福島県喜多方市豊川町一井字間々上580番地4
- ・電話 0241-23-5330
- ・FAX 0241-23-5331
- ・事業所管理者 山口 進也
- ・介護保険指定番号 0790800163号

(2) 指定地域密着型通所介護の目的と運営方針

指定地域密着型通所介護は、看護、介護や機能訓練、その他必要な日常生活のお世話等の介護保険指定地域密着型通所介護サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、家庭での生活が安心してできるように支援することを目的とした事業所です。

この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

指定地域密着型通所介護の運営方針

事業所は前文の目的を達するため次のことを方針として運営されるものとする。

- ・老人福祉処遇の質の確保と向上に努める。
- ・生活援助の場としての事業所を原則にバランスのとれた処遇に努める。
- ・利用者について、その自立と在宅支援に努める。

(3) 事業所の職員体制

- ・管理者 1名
- ・生活相談員 1名以上
- ・看護職員 1名以上
- ・機能訓練指導員 1名以上
- ・介護職員 3名以上

(4) 職員の職務内容は、次のとおりとする。

1. 事業所管理者は、事業所の業務を統括し執行する。
2. 生活相談員は、事業所管理者の命を受け利用者等に相談指導業務を行う。
3. 看護職員は、事業所管理者の命を受け利用者の保健衛生並びに看護及び介護業務を行う。
4. 機能訓練指導員は、事業所管理者の命を受け利用者等に対する機能訓練業務を行う。
5. 介護職員は、事業所管理者の命を受け利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。

(5) 指定地域密着型通所介護の営業日及び営業時間

1. 営業日は月曜日から土曜日とする。
2. 営業時間は8時30分から17時とする。但しサービス提供時間は9時05分から16時10分とする。

(6) 指定地域密着型通所介護定員等

1. 定員 18名（1単位）
2. 設備内容 食堂・機能訓練室・静養室・浴室・トイレ・事務室・調理室

2. サービス内容

- ①指定地域密着型通所介護サービス計画の立案
- ②食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます）
- ③入浴
- ④看護
- ⑤介護
- ⑥機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦相談援助サービス
- ⑧理美容サービス
- ⑨その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

3. 利用料金

(1) 介護給付の対象となる料金

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。

① 基本料金（1日につき 基本報酬は7時間以上8時間未満となります。）

・自己負担1割分

項 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満	753円	890円	1032円	1,172円	1,312円
6時間以上7時間未満	678円	801円	925円	1,049円	1,172円
5時間以上6時間未満	657円	776円	896円	1,013円	1,134円
4時間以上5時間未満	436円	501円	566円	629円	695円
3時間以上4時間未満	416円	478円	540円	600円	663円

・自己負担2割分

項 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満	1,506円	1,780円	2,064円	2,344円	2,624円
6時間以上7時間未満	1,356円	1,602円	1,850円	2,098円	2,344円
5時間以上6時間未満	1,314円	1,552円	1,792円	2,026円	2,268円
4時間以上5時間未満	872円	1,002円	1,132円	1,258円	1,390円
3時間以上4時間未満	832円	956円	1,080円	1,200円	1,326円

・自己負担3割分

項 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満	2,259円	2,670円	3,096円	3,516円	3,936円
6時間以上7時間未満	2,034円	2,403円	2,775円	3,147円	3,516円
5時間以上6時間未満	1,971円	2,328円	2,688円	3,039円	3,402円
4時間以上5時間未満	1,308円	1,503円	1,698円	1,887円	2,085円
3時間以上4時間未満	1,248円	1,434円	1,620円	1,800円	1,989円

*延長サービスは行っておりません。

*以下の②から④の（）内は2割、【】内は3割負担分です。

②利用者の居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47円

（94円）【141円】が減算されます。

② 入浴の提供が行われた場合は、1日につき40円（80円）【120円】が加算されます。

③ 個別機能訓練計画に基づき機能訓練が行われた場合は個別機能訓練加算（Ⅰ）イとして1日につき56円が加算されます。

④ 介護サービスの質の向上及びキャリアアップ等を目的にサービス提供体制強化加算（Ⅲ）を1日につき6円が加算されます。

⑤当事業所は介護職員の質の向上を目的とした賃金の改善等を実施しているため、

①から③までに算出した1月の合計金額の1,000分の90に相当する介護職員処遇改善加算が、1月につき加算されます。(小数点以下四捨五入)

*介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定には含みません。

(2) 介護給付の対象とならない料金

- ①食事の提供が行われた場合は、1食600円をお支払いいただきます。
- ②おやつの提供が行われた場合は、1品につき40円をお支払いいただきます。
- ③倶楽部活動等のレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げの遊具、ビデオソフト等の費用です。事業所で用意するものをご利用いただき、レクリエーション活動に参加した場合に、1回につき80円をお支払いいただきます。

④日常生活品費（非課税）

費	目	金	額
歯ブラシ	(1本)	200	円
シャンプー	(1本)	300	円
リンス	(1本)	300	円
ポリデント	(1箱)	1,200	円
利用者セット		100	円
内訳	タオル		
	おしぼり		
	エプロン		

- ⑤小旅行や観劇等や講師を招いて実施する料理教室に参加された場合は、別途費用をお支払いいただきます。

(3) 支払方法

毎月7日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の月末までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払方法は、現金、銀行振込の方法があります。利用契約時にお選び下さい。また、保険料滞納等の場合には事業所へ全額支払っていただき、サービス提供証明書・領収書を交付します。後日保険者市町村の窓口に出して払い戻しを受けることとなります。

なお、法定代理受領サービスの場合には償還払いとなります。

4. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関に協力いただいております。

・協力医療機関

名称 有隣病院

住所 福島県喜多方市松山町村松字北原 3 6 4 3 - 1

5. 事業所利用に当たっての留意事項

事業所利用に当たっての留意事項の説明については以下のとおりとする。

・ 飲酒・喫煙

決められた場所で決められた量をお願いします。喫煙については火気の取扱いに注意し、職員のいる所をお願いします。

・ 火気の手扱い

施設内への火気の手込み及び使用はしないで下さい。

・ 設備・備品の利用

施設内にある備品等は自由に利用していただいてもかまいません。(テレビや新聞等)

・ 所持品・備品等の手込み

現金や貴重品等はお預かりすることもできますが、本人管理の場合、高額な物を紛失した場合は責任は負えないため、できるだけ控えて下さい。電化製品についても電気使用料がかかりますが手込みは可能です。その際は、職員へお尋ね下さい。

・ 金銭・貴重品

本人管理の場合は、高額なお金は紛失した場合責任は負えないため、できるだけ控えて下さい。

・ 宗教活動

ご本人が行うことに関しては問題ありませんが、他の利用者への布教活動については禁止します。

6. 非常災害対策

・ 防災設備 消火器

・ 防災訓練 年 2 回

7. 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心して生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

8. 事故発生対策

当事業所では事故発生時には速やかに対応し、ご利用者家族、指定居宅介護支援事業所の担当者へ連絡をいたします。また、保険者の指定する行政機関に速やかに連絡します。

9. 賠償責任

指定地域密着型通所介護サービスの提供に伴って当事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当事業所は利用者に対して損害賠償するものとする。利用者の責に帰すべき事由によって当事業所が損害を被った場合は、利用者は、当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

10. 介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

11. ケアサービス

当事業所のサービスは、どのような介護サービスをすれば家庭で安心して生活ができるかという指定地域密着型通所介護サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人・扶養者の希望を十分取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

・看護

指定地域密着型通所介護は、入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な看護を行います。

・介護

指定地域密着型通所介護サービス計画に基づいて実施します。

・機能訓練

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

12. 生活サービス

当事業所は、明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、利用者の立場に立って運営しています。

・食事

昼食 12時00分～13時00分

＊食事は原則として食堂でおとりいただきます。

・入浴

午前中に利用者の心身の状態をチェックした後、入浴となります。

13. 他機関・施設との連携

・協力医療機関への受診

当事業所では、有隣病院に協力をいただいていますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・他施設の紹介

当事業所での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には責任を持って他の機関を紹介しますので、ご安心下さい。

1 4. 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

1 5. 事業の実施地域

事業の実施地域は喜多方市全域とする。

1 6. 苦情に関する事項

当事業所に対する要望や苦情等は、受付担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

- ・苦情受付担当者 介護主任 上原翼

- ・苦情受付日時 月曜日から土曜日
8時30分から17時

- ・苦情解決責任者 管理者 山口 進也

当事業所以外に、各市町村の相談・苦情窓口へ苦情を伝えることができます。

各市町村の介護保険担当窓口へお願い致します。

1 7. その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますのでご請求下さい。

当事業所は生活相談の専門員として生活相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。(電話 0241-23-5330)

ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかた

指定地域密着型通所介護 重要事項説明同意書

ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかたを利用するにあたり、ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかた指定地域密着型通所介護利用約款及び施設運営に関する重要文書を受領し、施設運営に関する重要事項の内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

印

<家 族>

住 所

氏 名

印

ケアテルデイサービスセンター
ハーブの園きたかた
事業所管理者 殿

作成日 令和 年 月 日

担当者 _____

ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかた
介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス運営に関する重要事項説明書
(令和 7 年 1 0 月 1 日現在)

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称

- ・事業所名 ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかた
- ・開設年月日 令和 4 年 4 月 1 日
- ・所在地 福島県喜多方市豊川町一井字間々上 5 8 0 番 4
- ・電話 0 2 4 1 - 2 3 - 5 3 3 0
- ・F A X 0 2 4 1 - 2 3 - 5 3 3 1
- ・事業所管理者 山口 進也
- ・介護保険指定番号 0 7 9 0 8 0 0 1 6 3 号

(2) 通所型サービスの目的と運営方針

医療法人ケアテル ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかた（以下「事業所」という）が行う、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス（以下「通所型サービス」という）では、利用者の残存機能を維持し、可能な限り在宅での生活を維持できるよう支援いたします。
この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

通所型サービスの運営方針

事業所は前文の目的を達するため次のことを方針として運営されるものとします。

- ・利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、心身機能の回復を図り、生活機能の維持向上を目指します。
- ・事業の実施にあたっては、地域との関わりを重視し、利用者の所在する市町村、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保険医療サービス及び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。

(3) 事業所の職員体制

- ・管理者 1 名
- ・生活相談員 1 名以上
- ・看護職員 1 名以上
- ・機能訓練指導員 1 名以上
- ・介護職員 3 名以上

(4) 職員の職務内容は、次のとおりとする。

1. 事業所管理者は、事業所の業務を統括し執行する。
2. 生活相談員は、事業所管理者の命を受け利用者等に相談指導業務を行う。
3. 看護職員は、事業所管理者の命を受け利用者の保健衛生並びに看護及び介護業務を行う。
4. 機能訓練指導員は、事業所管理者の命を受け利用者等に対する機能訓練業務を行う。
5. 介護職員は、事業所管理者の命を受け利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。

(5) 通所型サービスの営業日及び営業時間

1. 通所の営業日は月曜日から土曜日とする。
2. 通所の営業時間は8時30分から17時とする。但しサービス提供時間は9時05分から16時10分とする。

(6) 通所型サービス定員等

1. 定員 18名（1単位）
2. 設備内容 食堂・機能訓練室・静養室・浴室・トイレ・事務室・調理室

2. サービス内容

①介護予防サービス計画の立案

（ただし、保険者の居住する自治体が介護予防・日常生活支援総合事業を実施していない場合は、介護予防通所介護サービス計画）

②食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます）

③入浴

④看護

⑤介護

⑥機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）

⑦相談援助サービス

⑧理美容サービス

⑨その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

3. 利用料金

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業費の対象となる料金

要支援区分および日常生活支援総合事業対象者によって利用料が異なります。以下は自己負担1割分、()は2割分、【】は3割分です。

① 基本料金(1月につき)

事業対象者・要支援1 1,798円(3,596円)【5,394円】

事業対象者・要支援2 3,621円(7,242円)【10,863円】

* 延長サービスは行っておりません。

② 当事業所は介護職員の質の向上を目的とした賃金の改善等を実施しているため、

①から②までにより算出した1月の合計金額の1,000分の90に相当する介護職員処遇改善加算が、1月につき加算されます。(小数点以下四捨五入)

* 介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定には含みません。

③ 介護サービスの質の向上及びキャリアアップ等を目的にサービス提供体制加算(Ⅲ)を1月につき24円(支援1)・48円(支援2)加算されます。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業費の対象とならない料金

① 食事の提供が行われた場合は、1食600円をお支払いいただきます。

② おやつ提供が行われた場合は、1品につき40円をお支払いいただきます。

③ 倶楽部活動等のレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げの遊具、ビデオソフト等の費用です。事業所で用意するものをご利用いただき、レクリエーション活動に参加した場合に、1回につき80円をお支払いいただきます。

④ 日用生活品費（非課税）

費 目	金 額
歯ブラシ (1本)	200円
シャンプー (1本)	300円
リンス (1本)	300円
ポリデント (1箱)	1,200円
利用者セット	100円
内訳 タオル	
おしぼり	
エプロン	

⑤ 小旅行や観劇等へ参加された場合は、別途費用をお支払いいただきます。

(3) 支払方法

毎月7日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の月末までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払方法は、現金、銀行振込の方法があります。利用契約時にお選び下さい。

また、保険料滞納等の場合には施設へ全額支払っていただき、サービス提供証明書・領収書を交付します。後日保険者市町村の窓口へ提出して払い戻しを受けることとなります。

なお、法定代理受領サービスの場合には償還払いとなります。

4. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関に協力いただいております。

・ 協力医療機関

名称 有隣病院

住所 福島県喜多方市松山町村松字北原3643-1

5. 事業所利用に当たっての留意事項

事業所利用に当たっての留意事項の説明については以下のとおりとする。

・ 飲酒・喫煙

決められた場所で決められた量をお願いします。喫煙については火気の取扱いに注意し、職員のいる所をお願いします。

・ 火気の取扱い

施設内への火気の持ち込み及び使用はしないで下さい。

- ・設備・備品の利用

施設内にある備品等は自由に利用していただいてもかまいません。(テレビや新聞等)

- ・所持品・備品等の持ち込み

現金や貴重品等はお預かりすることもできますが、本人管理の場合、高額な物を紛失した場合には責任は負えないため、できるだけ控えて下さい。電化製品についても電気使用料がかかりますが持ち込みは可能です。その際は、職員へお尋ね下さい。

- ・金銭・貴重品

本人管理の場合は、高額なお金は紛失した場合責任は負えないため、できるだけ控えて下さい。

- ・宗教活動

ご本人が行うことに関しては問題ありませんが、他の利用者への布教活動については禁止します。

6. 非常災害対策

- ・防災設備 消火器
- ・防災訓練 年2回

7. 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心して生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

8. 事故発生対策

当事業所では事故発生時には速やかに対応し、ご利用者家族、地域包括支援センター等の担当者へ連絡をいたします。また、保険者の指定する行政機関に速やかに連絡します。

9. 賠償責任

通所型サービスの提供に伴って当事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当事業所は利用者に対して損害賠償するものとする。利用者の責に帰すべき事由によって当事業所が損害を被った場合は、利用者は、当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

10. 介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

1 1. ケアサービス

当事業所のサービスは、どのような介護サービスをすれば家庭で安心して生活ができるかという介護予防サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人・扶養者の希望を十分取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

- ・看護

通所型サービスは、入院の必要のない程度の事業対象者及び要支援者を対象としていますが、看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な看護を行います。

- ・介護

介護予防サービス計画に基づいて実施します。

- ・機能訓練

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

1 2. 生活サービス

当事業所は、明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、利用者の立場に立って運営しています。

- ・食事

昼食 12時00分～13時00分

＊食事は原則として食堂でおとりいただきます。

- ・入浴

午前中に利用者の心身の状態をチェックした後、入浴となります。

1 3. 他機関・施設との連携

- ・協力医療機関への受診

当事業所では、有隣病院に協力をいただいていますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・他施設の紹介

当事業所での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には責任を持って他の機関を紹介しますので、ご安心下さい。

1 4. 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

1 5. 事業の実施地域

事業の実施地域は喜多方市全域とする。

1 6. 苦情に関する事項

当事業所に対する要望や苦情等は、受付担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

- ・ 苦情受付担当者 介護主任 上原 翼
- ・ 苦情受付日時 月曜日から土曜日
8時30分から17時

- ・ 苦情解決責任者 管理者 山口 進也

当事業所以外に、各市町村の相談・苦情窓口へ苦情を伝えることができます。

各市町村の介護保険担当窓口へお願い致します。

1 7. その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意しておりますのでご請求下さい。

当事業所は生活相談の専門員として生活相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。(電話 0241-23-5330)

ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかた

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス

重要事項説明同意書

ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかたを利用するにあたり、ケアテルデイサービスセンター ハーブの園きたかた介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス利用約款及び施設運営に関する重要文書を受領し、施設運営に関する重要事項の内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

印

<家 族>

住 所

氏 名

印

ケアテルデイサービスセンター
ハーブの園きたかた
事業所管理者 殿

作成日 令和 年 月 日
担当者 _____