

**新発田市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業  
(指定相当通所型サービス)**

**1. 事業者（法人）の概要**

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 二王子会
主たる事務所の所在地	〒959-2452 新発田市上館520番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 笹川 康夫
設立年月日	昭和 59 年 8 月 9 日
電話番号	0254-23-3166

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター つきおかの里	
サービスの種類	新発田市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業 (指定相当通所型サービス)	
事業所の所在地	〒959-2335 新発田市本田壬 393 番地 1	
電話番号	0254-32-3923	
指定年月日・事業所番号	平成 27 年 4 月 1 日指定	1570600583
実施単位・利用定員	1 単位	定員 30 人
通常の事業の実施地域	新発田市、阿賀野市	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

**4. 提供するサービスの内容**

新発田市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（指定相当通所型サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

**5. 営業日時**

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで
サービス 提供時間	午前 9 時 20 分から午後 4 時 30 分まで ----- 延長時間は、午前 8 時 30 分から午後 6 時 30 分まで とします。

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 4 人、 非常勤 0 人
看護職員	常勤 2 人、 非常勤 4 人
介護職員	常勤 7 人、 非常勤 2 人
機能訓練指導員	常勤 2 人、 非常勤 3 人

## 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	
管理責任者の氏名	管 理 者 渡 邊 喜 代 子

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）の額です。ただし、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、超えた額の全額をご負担いただきます。

### (1) 新発田市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（指定相当通所型サービス）

#### の利用料

#### 【基本部分：指定相当通所型サービス費】

	利用料	
	事業対象者・要支援 1	事業対象者・要支援 2
指定相当通所型サービス費	(1 月につき) 17,980 円 月 5 回以上	(1 月につき) 36,210 円 月 9 回以上
	(1 日につき) 590 円	(1 日につき) 1,190 円
	(1 回につき) 4,360 円 月 1~4 回	(1 回につき) 4,470 円 月 1~8 回

#### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービスを提供した場合	(1月につき) 2,400円
生活機能向上グループ活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活支援のための活動 ※栄養改善加算・口腔機能向上加算・一体的サービス提供加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	(1月につき) 1,000円
栄養アセスメント加算	管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行なった場合 ※栄養改善加算又は一体的サービス提供加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	(1月につき) 500円
栄養改善加算	低栄養状態にある方で、必要に応じた栄養ケア計画を作成し、これに基づいたサービスの実施、定期的な評価と見直し等を行なった場合	(1月につき) 2,000円
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能改善のための計画書を作成し、これに基づいたサービスの実施、定期的な評価と見直し等を行なった場合	(1月につき) 1,500円
口腔機能向上加算Ⅱ		(1月につき) 1,600円
一体的サービス提供加算	利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合 ※栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は算定しない。	(1月につき) 4,800円
サービス提供体制強化加算※	次のいずれかの要件を充たした場合に1つのみ算定 (Ⅰ) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上または勤続年数10年以上25%の場合 (Ⅱ) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合 (Ⅲ) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上または勤続年数7年以上の介護職員が30%以上の場合	(1月につき) (Ⅰ) 事業対象者・要支援1 880円 事業対象者・要支援2 1,760円 (Ⅱ) 事業対象者・要支援1 720円 事業対象者・要支援2 1,440円 (Ⅲ) 事業対象者・要支援1 240円 事業対象者・要支援2 480円
生活機能向上連携加算Ⅰ	当該加算の体制要件を満たし、外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価	(1月につき) 1,000円

生活機能向上連携加算 Ⅱ	を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合	(1月につき) 2,000 円
口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅰ	利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合	(1回につき) 200 円
口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅱ	※当事業所以外で算定している場合と、栄養改善加算を算定している間は算定しない。	(1回につき) 50 円
科学的介護推進 体制加算	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、活用している場合	(1月につき) 400 円
中山間地域等に 居住する者への サービス提供加算※	中山間地域等 (=新潟県の場合は全域)において、通常の事業の実施地域以外に居住する利用者へサービス提供した場合	1月の利用料金(基本部分)の5%
介護職員等 処遇改善加算 Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ ※	当該加算の算定要件を満たす場合 ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	1月の利用料金(基本部分+各種加算減算)の (加算Ⅰ) 9.2% (加算Ⅱ) 9.0% (加算Ⅲ) 8.0% (加算Ⅳ) 6.4%

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

### 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額
高齢者虐待防止 措置未実施減算	高齢者虐待防止のための委員会を定期的 に開催していない、指針の整備や研修を実 施していない又は担当者を置いていない事 実が生じた場合	1月の利用料金(基本部分)の1%
業務継続計画 未策定減算	感染症もしくは災害のいずれか又は両方 の業務継続計画が未策定の場合	1月の利用料金(基本部分)の1%
事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算	事業所と同一建物に居住する者又は事業 所と同一建物から事業所に通う者に対して サービスを行った場合	(1月につき) 事業対象者・要支援1 3,760 円 事業対象者・要支援2 7,520 円 (1回につき) 940 円
事業所が送迎を 行わない減算	利用者に対して、その居宅と事業所との 間の送迎を行わない場合	(片道につき) 470 円

※ 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額に準じたものであり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

## (2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき650円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、種類に応じて1回につき20～100円をいただきます（1枚につき、おむつ・紙パンツ 100円、尿取りパット 20～30円、平おむつ 40円）。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

## (3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日まで	なし
利用予定日の当日	食材料費相当分として 300円

## (4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた日以降に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
<input type="checkbox"/> 現金窓口払い	サービスを利用した月の翌月末日までに、現金でお支払いください。
<input type="checkbox"/> 金融機関に対する振り込み（郵便局）	サービスを利用した月の翌月末日までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 00590-4-64369
<input type="checkbox"/> 金融機関口座からの引き落とし	サービスを利用した月の翌月に金融機関の指定日にあなたが指定する口座より引き落とします。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	氏名	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名	
	電話番号	

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は指定居宅介護支援事業者）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

窓口設置場所	「デイサービスセンター つきおかの里」事務室 TEL 0254-32-3923	
窓口開設時間	年間を通し、午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで	
苦情解決責任者	渡邊 喜代子	
苦情受付責任者	兼田 育	
第三者委員	稲田 健一 TEL 0254-27-1221 阿部 正隆 TEL 0254-22-0127	

※ 苦情申立は、面接・電話・書面にて随時受付します。責任者、第三者委員又は、職員に申し出下さい。第三者委員は、公平な立場で苦情解決にむけ助言をいたします。

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	新発田市介護保険係	TEL 0254-22-3030
	阿賀野市介護保険係	TEL 0250-62-2510
	新潟県国民健康保険団体連合会	TEL 025-285-3022

## 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又は指定居宅介護支援事業者）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 13. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

## 14. 第三者評価の実施状況

当事業所では、公正・中立な第三者評価機関が専門的かつ客観的にサービスの質を評価する第三者評価を受審してはおりません。