

## 1. 施設の概要

名称 宝珠苑デイサービスセンター 電話番号 0776-83-1373  
 所在地 福井市内山梨子町3-46 郵便番号 910-3116  
 指定番号 指定通所介護事業所 [福井県 1870100037号]  
 建物の構造 鉄骨造アルミニウム板葺平屋建 建物の延べ床面積 483.14㎡  
 所長氏名 齊藤 誠 開設年月日 平成1年2月1日 入所定員 30名

## 2. 設備の概要

食堂・機能回復訓練室—1室 特殊浴槽—1室 一般浴槽—1室 脱衣室—1室  
 相談室・介護教育室—1室 事務室—1室 静養室—1室 便所—2箇所  
 職員更衣室—1室 職員便所—1室 ステージ・玄関・ホール

## 3. 職員の配置状況

- |    |           |        |
|----|-----------|--------|
| 1. | 事業所長（管理者） | 1名（兼務） |
| 2. | 介護職員      | 6名以上   |
| 3. | 生活相談員     | 1以上    |
| 4. | 看護職員      | 1以上    |
| 5. | 調理員       | 1名     |

## 4. 利用料金

下記の料金表（1日当たり）によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金と、食費に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

（地域区分 7級地 1単位 10.14円 利用日数により算出）

7時間以上8時間未満（通常規模型通所介護）

1割負担者

介護度	通所介護費					
	3～4時間利用	4～5時間利用	5～6時間利用	6～7時間利用	7～8時間利用	8～9時間利用
介護1	370単位	388単位	570単位	584単位	658単位	669単位
介護2	423単位	444単位	673単位	689単位	777単位	791単位
介護3	479単位	502単位	777単位	796単位	900単位	915単位
介護4	533単位	560単位	880単位	901単位	1023単位	1041単位
介護5	588単位	617単位	984単位	1008単位	1148単位	1168単位

2割負担者

介護度	通所介護費					
	3～4時間利用	4～5時間利用	5～6時間利用	6～7時間利用	7～8時間利用	8～9時間利用
介護1	740単位	776単位	1140単位	1168単位	1316単位	1338単位
介護2	846単位	888単位	1346単位	1378単位	1554単位	1582単位
介護3	958単位	1004単位	1554単位	1592単位	1800単位	1830単位
介護4	1066単位	1120単位	1760単位	1802単位	2046単位	2082単位
介護5	1176単位	1234単位	1968単位	2016単位	2296単位	2336単位

### 3 割負担者

介護度	通所介護費					
	3～4時間利用	4～5時間利用	5～6時間利用	6～7時間利用	7～8時間利用	8～9時間利用
介護1	1110単位	1164単位	1710単位	1752単位	1974単位	2007単位
介護2	1269単位	1332単位	2019単位	2067単位	2331単位	2373単位
介護3	1437単位	1506単位	2331単位	2388単位	2700単位	2745単位
介護4	1599単位	1680単位	2640単位	2703単位	3069単位	3123単位
介護5	1764単位	1851単位	2952単位	3024単位	3444単位	3504単位

☆その他 下記の利用料負担があります。

- ・入浴介助加算（Ⅰ） 1日につき 40単位
- ・中重度者ケア体制加算 1日につき 45単位
- ・認知症加算 1日につき 60単位
- ・科学的介護推進体制加算 1月につき 40単位
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 1日につき 22単位
- ・2時間以上3時間未満のサービス提供 4～5時間単位の70%
- ・高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の1/100減算
- ・業務継続計画未策定減算 所定単位数の1/100減算
- ・送迎減算 片道 -47単位
- ・感染症、災害の影響による延べ利用者減の対応 基本報酬の3%加算
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） +所定単位×92/1000
- ・中山間地域等にサービスを提供する場合 所定単位数の5%を加算

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お支払いいただきます。

☆ご契約者に提供する食費に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆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。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）\*

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

#### ①食事の提供

ご契約者に提供する食事の食材料費、及び調理費用にかかる費用です。

料金：1食 650円

※当日9：00までに利用キャンセルの連絡がない場合はキャンセル料が発生いたします。

#### ②時間延長

特別に必要な場合、通常のサービス提供時間を超えてサービスを提供する場合は下記時間延長料金をいただきます。

要介護1～2 30分 400円

要介護3～5 30分 500円

### ③レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

参加料金：材料代等の実費をいただきます。

④家電製品持ち込みに関わる電気代 30円／（1個につき一日）

（施設が日常生活に欠かせないと判断した場合を除く）

⑤ 外出付き添い料 500円／30分

⑥ 実費利用 4200円／日

### ⑦ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ・パット代：実費

マスク代： 実費

抗原検査キット代 実費

ファイル代： 実費

袋 代： 実費☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

## 5. 通常の実施区域

実施区域 福井市の宮ノ下、本郷、鶉、西藤島、明新の各地区

## 6. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日(但し 12/31～1/2 は休)
営業時間	月曜日～土曜日 08：30～17：30(但し 12/30～1/3 は休)
サービス提供時間	月曜日～土曜日 09：00～16：30(但し 12/30～1/3 は休)

## 7. 協力病院

\* 福井総合病院（内科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科他）

福井市江上町58-16-1 TEL 59-1300

\* 堀の宮整形外科（整形外科）

福井市明里町2-40 TEL 050-7562-0559

\* 富澤クリニック（内科）

福井市砂子坂町15-26 TEL 83-0043

\* 佐部内科医院（内科）

福井市田原2-18-10 TEL 27-2255

\* 森瀬歯科医院（歯科）

福井市上野町46-1 TEL 83-0067

## 8. 生活保護法の指定

当事業所は「生活保護法による指定介護機関」としての指定を受けています。

## 9. 事故発生時の対応、損害賠償について

1. ご契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止の対策を講じます。
2. 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。又、その記録は2年間保存します。
3. 当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 10. 苦情の受付について

1. 当事業所は、提供したサービスに関するご契約者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置しています。
2. 前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録します。又、サービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」や「広報誌」等実績を掲載し公表します。
  - 苦情解決責任者 所 長 齊 藤 誠
  - 苦情受付担当者 生活相談員 大久保 法子
  - ア、ご契約者及びその家族等からの苦情の受付
  - イ、苦情内容、ご契約者及びその家族等の意向等の確認と記録
  - ウ、受け付けた苦情及びその改善状況等の苦情解決責任者及び第三者委員への報告
  - 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前9：00～午後5：00
3. 苦情解決に社会性や客観性を確保し、ご契約者及びその家族等の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために第三者委員を設置しています。

### ○第三者委員

大 島 文 治 坂井市三国町横越6-27 82-2105  
 伊 井 早 苗 福井市佐野町22-22 83-1306  
 長 裕 子 福井市川尻町41-55 85-1945

- ア、苦情受付担当者からの受け付けた苦情内容の報告聴取
- イ、苦情内容の報告を受けた旨の苦情申出人への通知
- ウ、ご契約者及びその家族等からの苦情の直接受付
- エ、苦情申出人への助言
- オ、事業者への助言
- カ、苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立会い、助言
- キ、苦情解決責任者からの苦情に係る事案の改善状況等の報告聴取
- ク、日常的な状況把握と意見傾聴

### 4. 行政機関その他苦情受付機関

福井市役所 介護保険課	所在地 福井市大手3-10-1 電話番号 0776-20-5715 受付時間 09：00～17：00
あわら市役所 健康長寿課	所在地 あわら市市姫3-1-1 電話番号 0776-73-8022 受付時間 09：00～17：00
坂井市役所 健康長寿課	所在地 坂井市坂井町下新庄1-1 電話番号 0776-50-3040 受付時間 09：00～17：00
坂井地区広域連合 介護保険課	所在地 坂井市坂井町上兵庫40-15 電話番号 0776-91-3309 受付時間 09：00～17：00
国民健康保険団体連合会 介護保険係	所在地 福井市西開発4-202-1 電話番号 0776-57-1614 受付時間 09：00～17：00
福井県社会福祉協議会内 運営適正化委員会	所在地 福井市光陽2-3-22 電話番号 0776-24-2347 受付時間 09：00～17：00

## 11. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合について

1. 当事業所は、サービスの提供に当たっては、当該ご契約者又は他のご契約者等

の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご契約者の行動を制限する行為を行いません。

2. 当事業所は、前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の説明を十分に行います。又、緊急やむを得ない理由としての内容、時間、経過等を記録します。

## 10. 高齢者虐待の防止について

1. 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止にあたり、次に掲げる必要な措置を講じます。
  - ア. 虐待防止に関する責任者を選定します。  
虐待防止に関する責任者 施設長 齊藤 誠
  - イ. 成年後見人制度の利用を支援します。
  - ウ. 苦情解決体制を整備します。
  - エ. 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
2. 当事業所は、介護サービス事業所または擁護者（利用者の家族等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町に通報いたします。

## 11. 衛生管理

1. 事業所は入所者の使用する機器備品その他設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適切に行う。

### （感染症対策）

2. 事業者は、当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないように次の対策を講ずる。
  - ① 当事業所は、感染症又は食中毒の予防及び蔓延防止の為の対策を検討する委員会を設置し、委員会を月1回程度定期的で開催しその結果を介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。
  - ② 当事業所は、感染症又は食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を定めるとともに、介護職員その他の従業者に対し研修を定期的で開催する。
  - ③ 当事業所は、厚生労働大臣が、別に定める感染症又は食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行う。

### （褥瘡防止対策）

3. 事業者は、当該事業所において褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止するため次の対策を講ずる。
  - ① 当事業所は、褥瘡が発生しないよう又は発生を予防するため褥瘡予防対策チームを設置する。
  - ② 当事業所は、褥瘡が発生しないよう又は発生を予防するための指針を定めるとともに、介護職員その他の従業者に対し、褥瘡が発生しないよう又はその発生を予防するための研修を定期的で開催する。

## 12. 秘密の保持

1. 職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない、さらに職員であった者が、正当な理由なく、その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無いよう必要な措置を講じる。

## 1. 施設の概要 福井市介護予防・日常生活支援総合事業における 通所型（予防給付相当）サービス

名称 宝珠苑デイサービスセンター 電話番号 0776-83-1373  
所在地 福井市内山梨子町3-46 郵便番号 910-3116  
指定番号 指定介護予防通所介護事業所 [福井県 1870100037号]  
建物の構造 鉄骨造アルミニウム板葺平屋建 建物の延べ床面積 483.14㎡  
所長名 齊藤 誠 開設年月日 平成18年4月1日 入所定員 30名(通所含む)

## 2. 設備の概要

食堂・機能回復訓練室—1室 特殊浴槽—1室 一般浴槽—1室 脱衣室—1室  
相談室・介護教育室—1室 事務室—1室 静養室—1室 便所—2箇所  
職員更衣室—1室 職員便所—1室 ステージ・玄関・ホール

## 3. 職員の配置状況

- |              |        |
|--------------|--------|
| 1. 事業所長（管理者） | 1名（兼務） |
| 2. 介護職員      | 6名以上   |
| 3. 生活相談員     | 1以上    |
| 4. 看護職員      | 1以上    |
| 5. 調理員       | 1名     |

## 4. 利用料金

下記の料金表（1月当たり）によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金と、食費に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります。）

（ 地域区分 7級地 1単位 10,14円 利用日数により算出 ）

### 【基本部分】

	予防給付相当		A 型	
	1 回	月額上限	1 回	月額上限
要支援1・事業対象者（要支援1相当）（月5回上限）	436 単位	1798 単位	休 止	
要支援2・事業対象者（要支援2相当）（月9回上限）	447 単位	3621 単位		

（注1）予防給付相当及びA型の算定において、原則として1回あたりの単位設定による報酬を用いる。

（注2）介護予防給付相当とA型を併用する場合は、予防給付相当の月額報酬単価を上限とする。

（注3）要介護度に応じたサービス利用料金1割負担と食費・その他費用に係る自己負担額の合計金額をお支払い頂きます。尚、平成27年8月1日 介護保険法及び関

係法令一部改正により、一定以上の所得者は2割負担となります。

(注4) 平成30年8月1日から現役並みの所得のある方には費用の3割負担となります。

(注5) 介護保険料を適切に納めていない場合、自己負担が4割に引き上げられます。

介護保険負担割合証を事業所へ提示ください。

#### 2割負担

	予防給付相当		A 型	
	1 回	月額上限	1 回	月額上限
要支援1・事業対象者(要支援1相当) (月5回上限)	872 単位	3596 単位	休 止	
要支援2・事業対象者(要支援2相当) (月9回上限)	894 単位	7242 単位		

#### 3割負担

	予防給付相当		A 型	
	1 回	月額上限	1 回	月額上限
要支援1・事業対象者(要支援1相当) (月5回上限)	1308 単位	5394 単位	休 止	
要支援2・事業対象者(要支援2相当) (月9回上限)	1341 単位	10863 単位		

#### 【加算】・【減算】

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または減算されます。

項 目	予防給付相当
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
サービス提供体制加算1イ	要支援1相当 88 単位/月 要支援2相当 176 単位/月
介護職員処遇改善加算I	所定単位×59/1000
介護職員等特定処遇改善加算I	所定単位×12/1000
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位×11/1000
中山間地等居住者へのサービス提供加算	所定単位数の5%
事業所評価加算(該当した場合)	年度の次の年度内に限り 120 単位/月
事業所が送迎を行わない場合	-47 単位(片道)
定員超過・人員欠如による減算割合	70%
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1/100減算
業務継続計画未策定減算	所定単位数の1/100減算

(注1) ご利用者様が、要支援認定等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。要支援等の認定を受けた後、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) また介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

(注2) 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利用者様の負担額を変更します。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者様の負担となります。

①食事の提供：ご利用者様に提供する食事の食材料費、及び調理費用にかかる費用です。

料金：1食 650円

※当日9：00までに利用キャンセルの連絡がない場合はキャンセル料が発生いたします。

②時間延長：特別に必要がある場合、通常のサービス提供時間を超えてサービスを提供する場合は下記時間延長料金をいただきます。

要支援1,2および要支援1,2相当 30分 300円

③レクリエーション・クラブ活動

ご利用者様の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことがあります。

参加料金：材料代等の実費をいただきます。

④家電製品持ち込みに関わる電気代 30円／(1個につき一日)

(施設が日常生活に欠かせないと判断した場合を除く)

⑤外出付き添い料 500円／30分

⑥実費利用 4200円／日

⑦日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、ご利用者様の日常生活に要する費用で、ご利用者様に負担いただく事が適当である物にかかる費用を負担いただきます。

おむつ・パット代 実費

マスク代 実費

抗原検査キット代 実費

ファイル代 実費

袋代 実費

## 5. 通常の実施区域

実施区域 福井市の宮ノ下、本郷、鶉、西藤島、明新の各地区

## 6. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日(但し 12/31～1/2 は休)
営業時間	月曜日～土曜日 08：30～17：30(但し 12/30～1/3 は休)
サービス提供時間	月曜日～土曜日 09：00～16：30(但し 12/30～1/3 は休)

## 7. 協力病院

\* 福井総合病院 (内科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科他)

福井市江上町58-16-1 TEL 59-1300

\* 堀の宮整形外科 (整形外科)

福井市明里町2-40 TEL 050-7562-0559

\* 富澤クリニック (内科)

福井市砂子坂町15-26 TEL 83-0043

\* 佐部内科医院 (内科)

福井市田原2-18-10 TEL 27-2255

\* 森瀬歯科医院 (歯科)

福井市上野町46-1 TEL 83-0067

## 8. 生活保護法の指定



当事業所は「生活保護法による指定介護機関」としての指定を受けています。

## 9. 事故発生時の対応、損害賠償について

1. ご契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止の対策を講じます。
2. 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。又、その記録は2年間保存します。
3. 当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 10. 高齢者虐待の防止について

1、当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止にあたり、次に掲げる必要な措置を講じます。

ア. 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者 施設長 齊藤 誠

イ. 成年後見人制度の利用を支援します。

ウ. 苦情解決体制を整備します。

エ. 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

2、当事業所は、介護サービス事業所または擁護者（利用者の家族等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町に通報いたします。

### 11. 苦情の受付について

1. 当事業所は、提供したサービスに関するご契約者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置しています。
2. 前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録します。又、サービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」や「広報誌」等実績を掲載し公表します。

○苦情解決責任者 所 長 齊 藤 誠

○苦情受付担当者 生活相談員 大久保 法子

ア、ご契約者及びその家族等からの苦情の受付

イ、苦情内容、ご契約者及びその家族等の意向等の確認と記録

ウ、受け付けた苦情及びその改善状況等の苦情解決責任者及び第三者委員への報告

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前9：00～午後5：00

3. 苦情解決に社会性や客観性を確保し、ご契約者及びその家族等の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために第三者委員を設置しています。

○第三者委員

大 島 文 治 坂井市三国町横越6-27 82-2105

伊 井 早 苗 福井市佐野町22-22 83-1306

長 裕 子 福井市川尻町41-55 85-1945

ア、苦情受付担当者からの受け付けた苦情内容の報告聴取

- イ、苦情内容の報告を受けた旨の苦情申出人への通知
- ウ、ご契約者及びその家族等からの苦情の直接受付
- エ、苦情申出人への助言
- オ、事業者への助言
- カ、苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立会い、助言
- キ、苦情解決責任者からの苦情に係る事案の改善状況等の報告聴取
- ク、日常的な状況把握と意見傾聴

#### 4. 行政機関その他苦情受付機関

福井市役所 介護保険課	所在地 福井市大手3丁目10番1号 電話番号 0776-20-5715 受付時間 09:00~17:00
国民健康保険団体連合会 介護保険係	所在地 福井市西開発4丁目202番1 電話番号 0776-57-1614 受付時間 09:00~17:00
福井県社会福祉協議会内 運営適正化委員会	所在地 福井市光陽2丁目3番22 電話番号 0776-24-2347 受付時間 09:00~17:00

## 12. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合について

1. 当事業所は、サービスの提供に当たっては、当該ご契約者又は他のご契約者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご契約者の行動を制限する行為を行いません。
2. 当事業所は、前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の説明を十分に行います。又、緊急やむを得ない理由としての内容、時間、経過等を記録します。

## 13. 衛生管理

1. 事業所は入所者の使用する機器備品その他設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適切に行う。

### (感染症対策)

2. 事業者は、当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないように次の対策を講ずる。
  - ① 当事業所は、感染症又は食中毒の予防及び蔓延防止の為の対策を検討する委員会を設置し、委員会を月1回程度定期的に開催しその結果を介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。
  - ② 当事業所は、感染症又は食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を定めるとともに、介護職員その他の従業者に対し研修を定期的に開催する。
  - ③ 当事業所は、厚生労働大臣が、別に定める感染症又は食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行う。

### (褥瘡防止対策)

3. 事業者は、当該事業所において褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止するため次の対策を講ずる。
  - ① 当事業所は、褥瘡が発生しないよう又は発生を予防するため褥瘡予防対策チームを設置する。

- ② 当事業所は、褥瘡が発生しないよう又は発生を予防するための指針を定めるとともに、介護職員その他の従業者に対し、褥瘡が発生しないよう又はその発生を予防するための研修を定期的に行う。

#### **1 4. 秘密の保持**

1. 職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない、さらに職員であった者が、正当な理由なく、その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無いよう必要な措置を講じる。

# 1. 施設の概要 坂井地区広域連合介護予防・日常生活支援総合事業

## 業における通所型（予防給付相当）サービス

名称 宝珠苑デイサービスセンター 電話番号 0776-83-1373  
 所在地 福井市内山梨子町3-46 郵便番号 910-3116  
 指定番号 指定介護予防通所介護事業所 [福井県 1870100037号]  
 建物の構造 鉄骨造アルミニウム板葺平屋建 建物の延べ床面積 483.14㎡  
 所長名 齊藤 誠 開設年月日 平成18年4月1日 入所定員 30名(通所含む)

## 2. 設備の概要

食堂・機能回復訓練室—1室 特殊浴槽—1室 一般浴槽—1室 脱衣室—1室  
 相談室・介護教育室—1室 事務室—1室 静養室—1室 便所—2箇所  
 職員更衣室—1室 職員便所—1室 ステージ・玄関・ホール

## 3. 職員の配置状況

- |              |        |
|--------------|--------|
| 1. 事業所長（管理者） | 1名（兼務） |
| 2. 介護職員      | 6名以上   |
| 3. 生活相談員     | 1以上    |
| 4. 看護職員      | 1以上    |
| 5. 調理員       | 1名     |

## 4. 利用料金

下記の料金表（1月当たり）によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金と、食費に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります。）

（ 地域区分 7級地 1単位 10.14円 利用日数により算出 ）

### 【基本部分】

（

	予防給付相当		A 型	
	1 回	月額上限	1 回	月額上限
要支援1・事業対象者（要支援1相当）（月5回上限）	436 単位	1798 単位	休 止	
要支援2・事業対象者（要支援2相当）（月9回上限）	447 単位	3621 単位		

注1）予防給付相当及びA型の算定において、原則として1回あたりの単位設定による報酬を用いる。

（注2）介護予防給付相当とA型を併用する場合は、予防給付相当の月額報酬単価を上限とする。

（注3）要介護度に応じたサービス利用料金1割負担と食費・その他費用に係る自己負担

額の合計金額をお支払い頂きます。尚、平成27年8月1日 介護保険法及び関係法令一部改正により、一定以上の所得者は2割負担となります。

(注4) 平成30年8月1日から現役並みの所得のある方には費用の3割負担となります。

(注5) 介護保険料を適切に納めていない場合、自己負担が4割に引き上げられます。

介護保険負担割合証を事業所へ提示ください。

### 2割負担

	予防給付相当		A 型	
	1 回	月額上限	1 回	月額上限
要支援1・事業対象者（要支援1相当）（月5回上限）	872 単位	3596 単位	休 止	
要支援2・事業対象者（要支援2相当）（月9回上限）	894 単位	7242 単位		

### 3割負担

	予防給付相当		A 型	
	1 回	月額上限	1 回	月額上限
要支援1・事業対象者（要支援1相当）（月5回上限）	1308 単位	5394 単位	休 止	
要支援2・事業対象者（要支援2相当）（月9回上限）	1341 単位	10863 単位		

### 【加算】・【減算】

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または減算されます。

項 目	予防給付相当
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
サービス提供体制加算 1イ	要支援1相当 88 単位/月 要支援2相当 176 単位/月
介護職員処遇改善加算 I	所定単位×59/1000
介護職員等特定処遇改善加算 I	所定単位×12/1000
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位×11/1000
中山間地等居住者へのサービス提供加算	所定単位数の5%
事業所評価加算（該当した場合）	年度の次の年度内に限り 120 単位/月
事業所が送迎を行わない場合	-47 単位（片道）
定員超過・人員欠如による減算割合	70%
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1/100減算
業務継続計画未策定減算	所定単位数の1/100減算

(注1) ご利用者様が、要支援認定等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。要支援等の認定を受けた後、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）また介護予防サービス計画が

作成されていない場合も償還払いとなります。

(注2) 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利用者様の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者様の負担となります。

①食事の提供：ご利用者様に提供する食事の食材料費、及び調理費用にかかる費用です。

料金：1食 650円

※当日9：00までに利用キャンセルの連絡がない場合はキャンセル料が発生いたします。

②時間延長：特別に必要がある場合、通常のサービス提供時間を超えてサービスを提供する場合は下記時間延長料金をいただきます。

要支援1,2および要支援1,2相当 30分 300円

③レクリエーション・クラブ活動

ご利用者様の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただく事があります。

参加料金：材料代等の実費をいただきます。

④家電製品持ち込みに関わる電気代 30円／(1個につき一日)

(施設が日常生活に欠かせないと判断した場合を除く)

⑤外出付き添い料 500円／30分

⑥実費利用 4200円／日

⑦日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、ご利用者様の日常生活に要する費用で、ご利用者様に負担いただく事が適当である物にかかる費用を負担いただきます。

おむつ・パット代 実費

マスク代 実費

抗原検査キット代 実費

ファイル代 実費

袋 代 実費

(注1) 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する事があります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

## 5. 通常の実施区域

実施区域 坂井市 (三国町 春江町 坂井町)

## 6. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日(但し 12/31～1/2 は休)
営業時間	月曜日～土曜日 08：30～17：30(但し 12/30～1/3 は休)
サービス提供時間	月曜日～土曜日 09：00～16：30(但し 12/30～1/3 は休)

## 7. 協力病院

\* 福井総合病院 (内科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科他)

福井市江上町58-16-1 TEL 59-1300

\* 堀の宮整形外科 (整形外科)

福井市明里町2-40 TEL 050-7562-0559

\* 富澤クリニック (内科)

福井市砂子坂町15-26 TEL 83-0043

\* 佐部内科医院 (内科)

福井市田原2-18-10 TEL 27-2255

## 8. 生活保護法の指定

当事業所は「生活保護法による指定介護機関」としての指定を受けています。

## 9. 事故発生時の対応、損害賠償について

1. ご契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止の対策を講じます。
2. 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。又、その記録は2年間保存します。
3. 当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 10. 高齢者虐待の防止について

1、当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止にあたり、次に掲げる必要な措置を講じます。

ア. 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者 施設長 齊藤 誠

イ. 成年後見人制度の利用を支援します。

ウ. 苦情解決体制を整備します。

エ. 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

2、当事業所は、介護サービス事業所または擁護者（利用者の家族等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町に通報いたします。

### 11. 苦情の受付について

1. 当事業所は、提供したサービスに関するご契約者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置しています。
2. 前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録します。又、サービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」や「広報誌」等実績を掲載し公表します。

○苦情解決責任者 所 長 齊 藤 誠

○苦情受付担当者 生活相談員 大久保 法子

ア. ご契約者及びその家族等からの苦情の受付

イ. 苦情内容、ご契約者及びその家族等の意向等の確認と記録

ウ. 受け付けた苦情及びその改善状況等の苦情解決責任者及び第三者委員への報告

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前9：00～午後5：00

3. 苦情解決に社会性や客観性を確保し、ご契約者及びその家族等の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために第三者委員を設置しています。

○第三者委員

大 島 文 治 坂井市三国町横越 6-27 82-2105  
 伊 井 早 苗 福井市佐野町 22-22 83-1306  
 長 裕 子 福井市川尻町 41-55 85-1945

- ア、苦情受付担当者からの受け付けた苦情内容の報告聴取
- イ、苦情内容の報告を受けた旨の苦情申出人への通知
- ウ、ご契約者及びその家族等からの苦情の直接受付
- エ、苦情申出人への助言
- オ、事業者への助言
- カ、苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立会い、助言
- キ、苦情解決責任者からの苦情に係る事案の改善状況等の報告聴取
- ク、日常的な状況把握と意見傾聴

#### 4. 行政機関その他苦情受付機関

福井市役所 介護保険課	所在地 福井市大手3丁目10番1号 電話番号 0776-20-5715 受付時間 09:00~17:00
国民健康保険団体連合会 介護保険係	所在地 福井市西開発4丁目202番1 電話番号 0776-57-1614 受付時間 09:00~17:00
福井県社会福祉協議会内 運営適正化委員会	所在地 福井市光陽2丁目3番22 電話番号 0776-24-2347 受付時間 09:00~17:00

## 1 2. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合について

1. 当事業所は、サービスの提供に当たっては、当該ご契約者又は他のご契約者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご契約者の行動を制限する行為を行いません。
2. 当事業所は、前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の説明を十分に行います。又、緊急やむを得ない理由としての内容、時間、経過等を記録します。

## 1 3. 衛生管理

1. 事業所は入所者の使用する機器備品その他設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適切に行う。

### (感染症対策)

2. 事業者は、当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないように次の対策を講ずる。
  - ① 当事業所は、感染症又は食中毒の予防及び蔓延防止の為の対策を検討する委員会を設置し、委員会を月1回程度定期的で開催しその結果を介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。
  - ② 当事業所は、感染症又は食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を定めるとともに、介護職員その他の従業者に対し研修を定期的で開催する。
  - ③ 当事業所は、厚生労働大臣が、別に定める感染症又は食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行う。

### (褥瘡防止対策)



3、事業者は、当該事業所において褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止するため次の対策を講ずる。

- ① 当事業所は、褥瘡が発生しないよう又は発生を予防するため褥瘡予防対策チームを設置する。
- ② 当事業所は、褥瘡が発生しないよう又は発生を予防するための指針を定めるとともに、介護職員その他の従業者に対し、褥瘡が発生しないよう又はその発生を予防するための研修を定期的に行う。

#### **1 4. 秘密の保持**

1. 職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない、さらに職員であった者が、正当な理由なく、その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無いよう必要な措置を講じる。