

介護予防通所介護相当サービス 重要事項説明書

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

□ 電 話 286-5800(受付時間:月曜～土曜 午前9時～午後5時)

□ 担 当 杉浦朋美(生活相談員)

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

- ① 事業所名 こうほくデイサービスセンター
- ② 所在地 長野市稲里町下氷鉦682番地
- ③ 介護保険事業所番号 2070100595
- ④ 通常の事業の実施地域
長野市(安茂里地区・若里地区、更北地区、川中島地区、篠ノ井会・横田・布施高田・小松原・岡田)
- ⑤ 定員 30名

(2) 事業所の職員体制

- ① 管理者 1名
- ② 生活相談員 2名(介護士兼務)
- ③ 事務職員 1名
- ④ 介護員 4名以上
- ⑤ 看護師 1名以上(機能訓練指導員を兼務)

(3) 事業所の設備の概要

- ① 食堂兼機能訓練室 1室128㎡
- ② 浴室 一般浴槽、リフト浴槽、特別浴槽の3種
- ③ 相談室 1室
- ④ 送迎車 6台

(4) 営業日、営業時間

- ① 営業日 月曜日～土曜日
但し、8月15・16日、12月31日～1月3日を除く営業時間
- ② 午前9時00分～午後4時15分

2. サービス内容

(1) 送 迎

自宅から自宅まで当事業所の送迎車にて送迎します。ご希望に応じ、ご本人さんの居室及びベッドまでの送迎も可能です。

(2) 食 事

当事業所ご利用時間内の昼食を提供します。普通食からきざみ食、ミキサー食にも対応します。

(3)入浴

一般浴、リフト浴、特別浴の3種があり、お体の状態に合わせて入浴していただけます。

(4)運動器機能向上

看護師を中心に、介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づくサービスの実施、定期的な計画の見直し等、一連の過程を実施致します。

(5)生活相談

生活相談員がご相談に応じます。

(6)介護サービス

移動や排泄の介助、見守り等のサービスを行います。

(7)健康状態の確認

看護師が血圧・体温・脈拍測定を行い、入浴可能かの判断をします。

(8)介護方法の指導

ご家族、介護者の方のご相談に応じて指導いたします。

3. 料金

(1) 利用料金

① 介護予防通所介護相当サービス利用料

区分	単位数	利用料
事業対象者・要支援 1	1,798 単位/月	1,823 円/月
事業対象者・要支援 2	3,621 単位/月	3,671 円/月

○ 1か月あたりの料金

○ 地域単価 1単位あたり10.14円

② サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ

○ 事業対象者・要支援 1 72 単位/月

○ 事業対象者・要支援 2 144 単位/月

③ 科学的介護推進体制加算 40単位/月

④ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

1ヶ月の総単位数(①から④)に 5.9%を乗じた単位数

⑤ 特定介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

1ヶ月の総単位数(①から④)に 1.2%を乗じた単位数

⑥ 介護職員等ベースアップ等支援加算

1ヶ月の総単位数(①から④)に 1.1%を乗じた単位数

⑦ 食費1食あたり(おやつ含む)

600円(全額自己負担)

⑧ ご利用期間中のご利用者様に係る諸事情を理由により、通常の事業の実施地域外へ送迎の必要性が生じた場合、追加の交通費はありません。但し、当センター

にて通常にサービス提供が可能と判断した場合に限ります。

その他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用などは自己負担となります。

※ 上記の通所介護費と加算の合計額の利用者負担分(負担割合証に記載のある割合)と食費の合計が自己負担となります。

(2) キャンセル料

お客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ① ご利用の当日8時30分までにご連絡頂いた場合、無料
- ② ご利用の当日8時30分までにご連絡がなかった場合、食費(おやつ含む)相当分として600円

(3) 支払い方法

毎月、10日まで前月分の請求をいたしますので、10日以内にお支払いください。

お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、現金集金、口座振替の2通りからご契約の際に選ぶことができます。

4. 当事業所のデイサービスの特徴

(1) 運営の方針

「利用者価値観への尊重」を基本とし、「予防」「自立」「利用者本位」の介護保険制の理念を実現させるために、利用者が在宅生活を継続する上で必要なサービスをその利用者及び家族に対し提供し、利用者個々にとって「生きがい」となり得るような存在であることを方針として運営する。

(2) サービス利用当たりの留意事項

- ① 男性介護職員の有無 (有)
- ② 従業員の研修の実施 (有) 各種加盟団体の研修への参加

(3) サービス利用にあたっての注意事項

① 体調不良によるサービスの中止・キャンセル

利用者の体調不良により、提供するサービスをお断りすることがあります。

また、その日のサービスの提供が困難と判断される場合には、ご家族の方のお迎えとなります。(緊急時を除く)

食事提供の関係により、キャンセルの受付はご利用当日の8時30分までとします。それ以降のキャンセルについては、食費(おやつ含む)の 600 円をキャンセル料として徴収させていただきます。

- ② 利用者の送迎の際にはご家族の方の送り出し、お出迎えを原則とします。
- ③ 薬、経管栄養等個人的に必要な物品については持参してください。
- ④ 送迎車乗車の際には、シートベルトの着用をお願い致します。
- ⑤ 食べ物の持ち込み、お持ち帰りはご遠慮ください。
- ⑥ ご利用者様同士又はご利用者様とスタッフ間等におけるお金や物の取り交わしは禁止とさせていただきます。

5. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合には、別紙の緊急連絡表により、緊急連絡

先に連絡、その他、救急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡致します。

6. 損害賠償について

当デイサービスにおいて、当方の責任で契約者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、当法人が加入している保険会社にて速やかにその損害を補償します。ただし、損害の発生について契約者側に故意または過失が認められた際、契約者のおかれた心身の状況を勘案して減額するのが相当と判断された場合は、当方の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. 非常災害対策

(1) 防災時の対応

職員の誘導により、避難経路を使い避難します。

(2) 防災設備

スプリンクラー等、消火器、消火栓の設置

(3) 防災訓練

年2回以上特別養護老人ホームこうほくと合同で実施(その他浸水想定訓練の実施)

(4) 防災責任者

センター長 三澤大輔

(5) 水害時の対応

事前に情報を収集し、必要に応じて水害対策委員会を開催して対応策を勘案し、安全の確保に努めます。

但し、状況により当センターの営業を短縮する場合があります。

8. 代理人について

契約時において代理人(保証人)を定めていただきます。当事業所における代理人の責務は以下の通りです。

- ① 利用者がサービスを開始または中止する際の手続き(契約・契約解除・契約終了)
- ② 利用料滞納時の保証人債務。
- ③ 利用者の体調の急変時における緊急時の連絡及びその対応。
- ④ 病気の進行などに伴う認知力低下による利用者の代わりの判断。
- ⑤ 当事業所は、代理人が契約を継続しがたい背信行為を行い、その状況の改善が認められない場合、代理人を変更することができます。
- ⑥ 当事業所は、代理人が契約を継続しがたいほど意思能力を欠くと判断した場合、代理人を変更することができます。

9. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

- ① 電 話 026-286-5800
- ② 担 当 生活相談員 杉浦朋美

③ 受付時間 月曜日～土曜日 午前9時～午後5時まで

(2) その他

当事業所苦情担当以外に、相談窓口等に苦情を伝えることができます。

- ① 第三者苦情対策委員会(代) 026-286-5500
- ② 長野市地域包括ケア推進課相談支援担当 026-224-7873
- ③ 長野県国民健康保険団体連合会 026-238-1580
- ④ 長野県福祉サービス運営適正化委員会 0120-28-7109

10. 当法人の概要

(1) 名称・法人種別 社会福祉法人 あさひ福社会

(2) 法人代表者 理事長 三澤大輔

(3) 本社所在地 長野市稲里町下氷鉦682番地

(4) 代表電話番号 026-286-5500

(5) 定款の目的に定めた事業

- ① ケアハウス いなさと
- ② 特別養護老人ホーム こうほく
- ③ こうほくデイサービスセンター
- ④ シルバーハウジング(長野市受託事業)
- ⑤ こうほく介護支援センター
- ⑥ グループホームしんこう
- ⑦ 居住支援法人あさひ福社会

11. その他

- ・ 第三者評価の実施の有無 (無)

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

【事業者】

(所在地) 長野市稲里町下氷鉦 682 番地

(事業所名) こうほくデイサービスセンター

(代表者名) センター長 三澤 大輔 ⑩

【説明者】

(事業所名) こうほくデイサービスセンター

(氏 名) _____ ⑩

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項説明を受けました。

【利用者】

(住 所) _____

(氏 名) _____ ⑩

【代理人(利用者家族)】

(住 所) _____

(氏 名) _____ ⑩