

デイサービスどんぐりの家

指定介護予防通所型サービス重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
(春日井市指定 第 23A2500453 号)

当事業所は、介護予防通所型サービスを提供しています。利用者には事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意していただきたいことを次のとおり説明します。

◆目 次◆

- 1 事業所経営法人
- 2 事業の目的
- 3 事業所の概要
- 4 サービス内容
- 5 利用料金
- 6 サービスの利用可能な対象者
- 7 サービスの利用方法
- 8 サービス提供における事業者の義務
- 9 運営推進会議
- 10 第三者評価事業
- 11 緊急時の対応及び協力医療機関
- 12 苦情相談付
- 13 サービス利用にあたっての留意事項

1 事業所経営法人

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 陽和福祉会 |
| (2) 所在地 | 春日井市高森台 5 丁目 6 番地 1 |
| (3) 電話番号 | 0568-91-5656 |
| (4) 代表者 | 理事長 福井 雅子 |
| (5) 設立年月日 | 平成 25 年 6 月 11 日 |

2 事業の目的

デイサービスどんぐりの家は、地域で暮らす要介護認定を受けた高齢者が、可能な限り居宅においてその方の能力に応じた自立した生活が送れるよう、必要な日常生活上の援助や機能訓練等を提供する。

3 デイサービスどんぐりの家の概要

(1) 事業所の概要

事業内容	介護予防通所型サービス
事業所名	デイサービスどんぐりの家
所在地	愛知県春日井市高森台 5 丁目 6 番地 7
連絡先	(電話) 0568-95-5800 (FAX) 0568-95-5802
事業所番号	23A2500453
管理者	藤井 雅章
利用定員	1 日 15 名
サービス実施地域	春日井市内

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数	保有資格
管理者	1 以上	
生活相談員	1 以上	介護福祉士
介護職員	1 以上	介護福祉士等
看護職員	1 以上	看護師 准看護師
機能訓練指導員	1 以上	看護師 准看護師

(3) 職員の職務内容

管理者	事業、職員の勤怠等の総合的管理
生活相談員	日常生活上の相談や支援等
介護職員	日常生活上の介助等
看護職員	健康管理、日常生活上の助言等
機能訓練指導員	日常生活の継続に必要な機能訓練

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
休業日	日曜日及び 12/31～1/3 の年末年始
受付時間	8 : 30～17 : 30
サービス提供時間	9 : 30～16 : 00

4 サービス内容

種類	内容
食事	利用者の状況に応じ、適切な食事の提供及び食事介助を行います。基本的に持ち込みは不可させていただきますが、疾病の状況に応じたものについては検討いたします。
入浴	利用者の状況に応じ、適切な入浴介助を行います。浴槽をまたげない方でも、リフト使用により入浴できます。
機能訓練	機能訓練指導員の指導のもと、利用者の状況に応じて適切な機能訓練を提供し、心身の機能向上、低下防止に努めます。
送迎	利用者の自宅玄関から送迎車両までの移動および乗降介助を行います。送迎の時間については、出来る範囲内で、できるだけ利用者の希望に対応できるよう努めます。
健康チェック	体温、脈拍、血圧測定、入浴時の全身状態の確認等の健康チェックを行い、異常の早期発見、早期対応に努めます。
相談及び援助	利用者とその家族からの相談に応じ、必要に応じて適切な援助、居宅介護支援事業所や他の事業所との連携を行います。

5 利用料金（重要事項説明書別紙参照）

(1) 通常通所介護費

厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、利用者の介護保険負担割合の額とします。

(2) 昼食代

1食あたり 700円（全額自己負担）

(3) おやつ代

1食あたり 100円（全額自己負担）

(4) キャンセル料

①利用日の前日 17:30 までにご連絡いただいた場合・・・ 無料

②利用日の前日 17:30 までにご連絡がなかった場合・・・ 昼食代、おやつ代

(5) 緊急時延長料金

利用者またはその家族の緊急時に、サービス提供時間を超過して利用する場合、別途費用を徴収します。

① 16:30～17:30・・・ 30分につき 500円

② 17:30以降・・・ 30分につき 800円

(6) その他の費用

上記の他、オムツ代、レクリエーションにかかる費用等は、実費相当の自己負担となります。

(7) 料金の変更

介護保険法の改定及び物価の変動等の事由により料金の変更が発生する場合は、重要

事項説明書別紙の料金表を改定し、利用者またはその家族に交付の上、同意を得るものとします。改定に不服の場合は、本契約を解除できるものとします。

(8) 料金の支払い方法

利用月の翌月 15 日頃に請求書を発行します。毎月 28 日に、利用者またはその家族の指定の金融機関より引落しさせていただきます。ただし、28 日が金融機関休業日の場合、翌営業日の引落としとなります。お支払確認後、領収書を発行します。領収書の再発行は原則いたしません。確定申告等に必要になる場合がございますので、大切にご保管ください。指定金融機関の口座引落手続き完了前までの利用料金は現金徴収となります。

6 サービスの利用可能な対象者

- (1) 保険認定区分が要支援 1 または要支援 2 の方
- (2) 春日井市に住民票があり、春日井市内に居住の方
- (3) 暴言や暴力等の他害のおそれの無い方
- (4) 持続点滴や人工呼吸器等、通常の通所介護で対応の困難な医療行為を必要としない方

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話等でお申し込みください。当事業所職員が面談の上、契約の締結とともに介護予防通所型サービス計画書を作成し、サービスの提供を開始します。また居宅サービス計画の作成も必要となりますので、事前にご契約の地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所にご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービス終了希望の 1 週間前までにお申し出ください。

② 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等のやむを得ない事由により、サービスの提供を終了させていただく場合、終了 1 か月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険認定区分が非該当（自立）または要介護 1～5 となった場合
- ・利用者が死亡した場合

④ その他

・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反する行為を行った場合、利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合等、利用者は即座にサービスを終了することができます。

- ・利用者がサービス料金の支払いを 2 か月以上滞納し、料金の支払いの催促を行ったに

もかかわらず、20日以上支払わない場合、事業所は即座に契約を終了することができるものとします。

・利用者またはご家族が、当事業所の他の利用者または職員に対し、本契約を継続しがたいほどの暴言や暴力、窃盗等の背信行為を行った場合は、即座に契約を終了することができるものとします。

8 サービス提供における事業者の義務

(1) 介護予防通所型サービス計画作成

① 当事業所の管理者は、居宅介護サービス計画書に基づき、利用者の希望、直面している課題等の評価を行い、できるかぎり自立した生活を継続できるよう介護予防通所型サービス計画の作成、交付を行い、利用者またはご家族の同意を得たうえで計画書に沿ってサービスの提供を行います。

② 当事業所の管理者は、定期的に計画書の目標達成度を評価し、必要に応じてサービス内容を変更し、介護予防通所型サービス計画書の作成、交付を行い、利用者またはご家族の同意を得たうえで計画書に沿ってサービスの提供を行います。

③ 利用者の心身に顕著な変化が発生し、サービス内容に変更の必要性が生じた時は、速やかに介護予防通所型サービス計画書の見直しを行います。

(2) 記録の作成及び保管

利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、利用者またはご家族の請求に応じて閲覧、複写物の交付を行います。

(3) 守秘義務

事業所及びその職員は、サービスを提供するにあたり知り得た利用者及びそのご家族等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。利用者の治療に必要な情報を医療機関に提供する場合や、サービス担当者会議等、利用者に係る他のサービスとの連携に情報の提供が必要な場合は、事前に文書による同意を得た上で、個人情報を使用することができるものとします。

9 運営推進会議の設置

当事業所では、地域密着型介護通所介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記の通り運営推進会議を設置しています。

開催	1月 7月 (年2回)
委員の構成	利用者又はそのご家族の代表、民生委員、地域の代表、市職員、地域包括支援センター職員
協議事項	サービス提供の内容、評価、要望、助言など

10 第三者評価の実施状況

当事業所では、提供するサービスの第三者評価は実施していません。

11 緊急時の対応及び協力医療機関

利用期間中容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、ご家族、医療機関、居宅介護支援事業所、消防署等に速やかに連絡します。また当事業所では、当法人の母体である下記の医療法人と連携、協力しています。

名称	医療法人陽和会 春日井リハビリテーション病院
所在地	春日井市神屋町 706 番地
連絡先	(電話) 0568-88-0011

12 苦情相談受付

(1) 事業所の窓口

担当者	デイサービスどんぐりの家 管理者 藤井 雅章
住所	春日井市高森台 5 丁目 6 番地 7
連絡先	(電話) 0568-95-5800 (F A X) 0568-95-5802

(2) 苦情解決第三者委員

氏名	右高 秀美
氏名	原田 賢司

(3) 行政機関その他苦情受付機関

名称	春日井市役所健康福祉部介護・高齢福祉課
住所	春日井市鳥居松町 5-44
連絡先	(電話) 0568-85-6921

名称	愛知県国民健康保険団体連合会介護福祉室苦情調査係
住所	名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号
連絡先	(電話) 052-971-4165 (F A X) 052-962-8870

13 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 施設内の設備や器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (2) 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- (3) 他の利用者の迷惑になるような行為はご遠慮ください。
- (4) 他の利用者、職員に対する宗教活動及び営利活動はご遠慮ください。
- (5) 感染症等の疾病があり、他の利用者、職員に感染のおそれがある場合は、ご利用前にお申し出ください。
- (6) 飲食物の持ち込みは原則としてご遠慮ください。ただし、疾病の管理等の必要上

のものは、この限りではありません。

- (7) 上記記載事項に従っていただけない場合、または他の利用者から苦情等があり、サービスの継続が困難と判断される場合は、ご家族、介護支援専門員等と協議の上、サービスの提供を控えさせていただく場合があります。

デイサービスどんぐりの家における介護予防通所型サービスの利用にあたって、利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

<事業所>

デイサービスどんぐりの家

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、介護予防通所型サービスの提供開始に同意します。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<署名代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印