

指定通所介護及び指定介護予防通所介護重要事項説明書

1 さかもとデイサービスセンターの概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	さかもとデイサービスセンター
所在地	五所川原市字鎌谷町519番地5
電話番号	0173-23-3266
FAX番号	0173-34-9645
事業所番号	通所介護 (0270500788) 介護予防通所介護 (0270500788)
サービスを提供できる地域※	五所川原市、つがる市、鶴田町

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	栄養士	1名		あり	1名	介護従事者及び業務の管理
生活相談員	社会福祉主事	2名(1)		あり	2名(1)	介護相談受付
機能訓練指導員	柔道整復師	1名(1)		なし	1名(1)	訓練指導
	作業療法士		1名	なし	1名	訓練指導
介護・看護職員	准看護婦(士)	2名		なし	2名	健康管理
	介護福祉士	2名		なし	2名	利用者の介護
	ヘルパー2級		1名	なし	1名	利用者の介護
	その他	1名		あり	1名	利用者の介護
合計		9名	2名		11名	
勤務時間	生活相談員 8時～17時 機能訓練指導員 13時～15時 看護師 8時30分～11時30分、 介護職員 8時～17時					

(3) 当事業所の設備の概要

定員	16人	静養室	1室 2床
食堂兼機能訓練室	66.81㎡	相談室	1室 3.54㎡
機能訓練室 (トレーニング室)	23.14㎡	送迎車	3台
浴室	一般浴槽室 9.9㎡	その他	

(4) サービスの提供時間帯

	営業時間	サービス提供時間
--	------	----------

平日(月～土)祝日	午前8時～午後5時	午前8時10分～午後4時40分
日曜日	定休日	
休業日	12月29日～1月3日	8月13日～14日

2 当事業所の通所介護及び介護予防通所介護の特徴等

(1) 運営の方針

当、センターは小規模なので個人の希望に添うようなサービスプログラムを組んで、利用者の個性を尊重した通所介護を目指しています

(2) サービス利用のために

事項	備考
男性従業員	2名
従業員への研修の実施	年1回 研修を実施しています
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します。
その他	

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

送迎時間の連絡	前日にご連絡いたします。
体調確認	前日に電話確認いたします。
体調不良等による サービスの中止・変更	なるべく早く連絡をしてください。
食事のキャンセル	なるべく早く連絡をしてください。
時間変更	なるべく早く連絡をしてください。
設備、器具の利用	丁寧に扱い、使用後は元の場所に戻してください。

3 サービス内容

- ①送迎 車による送迎を行います
- ②食事 高齢者向けに栄養バランスを考えた、お食事を用意します
- ③入浴 一般入浴の見守り及び介助を行います
- ④機能訓練 併設の接骨院の機能を生かした、機能訓練が可能です
- ⑤生活相談 利用者やご家族の日常全般のアドバイスをします

4 利用料金

(1) 介護保険に基づく利用料

①通所介護

ア 通所介護利用料 (通所介護費：サービス提供時間6時間～8時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額
経過的要介護	7,070円	707円
要介護度1	7,900円	790円
要介護度2	9,220円	922円

要介護度3	10,550円	1,055円
要介護度4	11,870円	1,187円
要介護度5	13,200円	1,320円

イ 付加サービスの利用料

	利用料金	介護保険適用時の自己負担
個別機能訓練代	270円/1日につき	27円/1日につき
入浴代	500円/1日につき	50円/1日につき
口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する指導又は訓練を行った場合(1月に2回を限度とする。)	1000円/1回につき	100円/1回につき

②介護予防通所介護

ア 介護予防通所介護利用料

	1月当たりの利用料金	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額
要支援1	22,260円	2,226円
要支援2	43,530円	4,353円

イ 付加サービスの利用料

	利用料金	介護保険適用時の自己負担額
個別機能訓練代	2,250円/1月につき	225円/1月につき
口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する指導又は訓練を行った場合	1000円/1回につき	100円/1回につき

(2) その他の利用料

ア 食費 1日 300円

イ 交通費

上記1の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、送迎のための交通費をご負担していただくことになります。

通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5キロメートルまで 500円

通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5キロメートル以上

1キロメートル増すごとに500円に100円を加算

ウ 時間外サービス

お客様の選択・希望により、通常時間をこえて提供した場合は、1時間あたり 1000円をご負担していただくことになります。

エ その他の費用

おむつ代	100円/枚	
歯ブラシ	100円/本	
日常生活費	レクリエーション費用	実費
	クラブ活動費	実費

(3) 料金の支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、7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、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中からご契約の際に選べます。

5 サービスの利用方法

(1) サービス利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員又は地域包括支援センターとご相談ください。

(2) サービス終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の1週間前までに、お申し出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事業により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、1か月前までに文書で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・お客様がなくなられた場合

エ その他

- ・お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

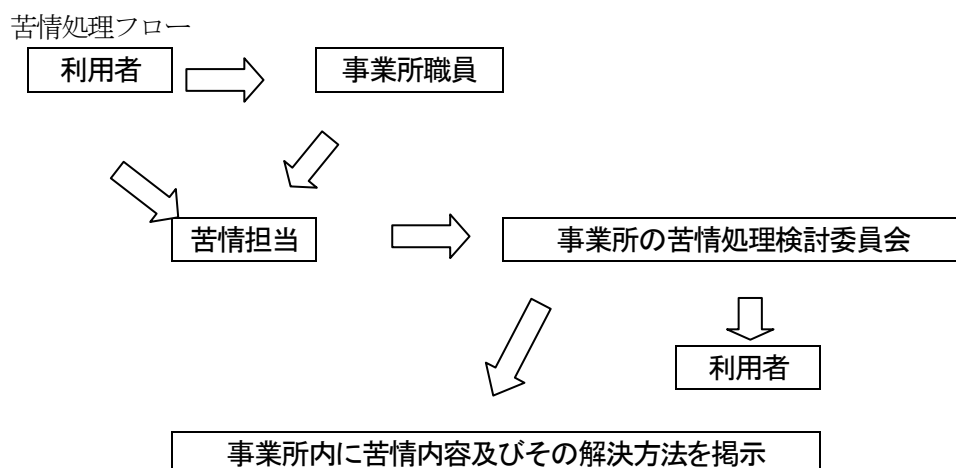
担当者 坂本 郁子

電話 0173-23-3266 FAX 0173-34-9645

受付日 年中(ただし、12月29日～1月3日、8月13日～8月14日を除く)

受付時間 午前8時～午後5時

(2) 苦情処理体制



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 五所川原市介護福祉課

0173-35-2111

イ 青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）

017-723-1336

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族	氏名			
	連絡先		電話番号	

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対して応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（介護事業者賠償責任保障契約）

9 非常災害対策

防災時の対応	防災計画による
防災設備	火災報知機及び消火器を設置
防災訓練	年1回実施
防火責任者	坂本 義美

10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、お客様又はご家族の個人情報を用います。

平成 年 月 日

通所介護・介護予防通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者名

所在地 五所川原市字鎌谷町5 1 9番地5

名称 さかもとデイサービスセンター

説明者氏名

印

私は、本書面により事業者から通所介護・介護予防通所介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

平成 年 月 日

さかもとデイサービスセンター 殿

住所

氏名

印

(家族) 住所

氏名

印