

通所介護・介護予防通所介護 重要事項説明書

(令和3年8月1日現在)

- 1 デイサービスセンター「ら・じょわ中津川」の相談窓口
 電 話 0573-68-8294 (午前9時～午後5時まで)
 担 当 牧野 紀子
 ※ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2 デイサービスセンター「ら・じょわ中津川」

(1) 送迎できる範囲

| | |
|------------------|--------------------------|
| 名 称 | デイサービスセンター ら・じょわ中津川 |
| 所 在 地 | 岐阜県中津川市茄子川1683番地246 |
| 事業所番号 | 2171500362 |
| 送迎サービスを提供する対象地域* | 中津川市、恵那市にお住まいの方 (一部地域相談) |

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください

(2) 職員の体制

| | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 | 計 |
|----------------|----------------|----|-----|-------------|----|
| 管理者 | | 1名 | | 管理業務 | 1名 |
| 生活相談員 | 介護福祉士 | 3名 | | 相談業務または介護業務 | 3名 |
| | 初任者研修修了 | | | | |
| 機能訓練指導員 | 柔道整復師 | | 1名 | 機能訓練 | 4名 |
| | 看護師 | | 3名 | | |
| 看護師(士)・准看護師(士) | | 1名 | 3名 | 看護業務 | 4名 |
| 介護職員 | 介護福祉士 | 3名 | | 介護業務 | 3名 |
| | 介護職員初任者研修課程修了者 | | 1名 | 介護業務 | 1名 |
| | その他 | | 8名 | 介護業務 | 8名 |
| 管理栄養士 | 管理栄養士 | | 1名 | 栄養士業務 | 1名 |

(3) センターの設備等

| | | | |
|-----------|----------------|-----|----|
| 定員 | 30名 | 静養室 | 1 |
| 食堂及び機能訓練室 | 101.61㎡ | 相談室 | 1 |
| 浴室 | 一般浴槽と特殊浴槽があります | 送迎車 | 7台 |

(4) サービス提供時間

| | |
|------|------------|
| 平日 | 9:25～17:30 |
| 土日・祝 | 9:25～17:30 |

3 提供するサービス内容

- ① レクリエーション
- ③ 生活相談
- ④ 食事
- ⑤ 入浴等

4 利用料金

① 通所介護料金（介護保険適用料金）

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-----------------|----------------------|------|------|-------|-------|
| 基本料金：3時間以上4時間未満 | 368円 | 421円 | 477円 | 530円 | 585円 |
| 基本料金：7時間以上8時間未満 | 655円 | 773円 | 896円 | 1018円 | 1142円 |
| 基本料金：8時間以上9時間未満 | 666円 | 787円 | 911円 | 1036円 | 1162円 |
| 入浴介助加算 | 40円/回 | | | | |
| 中重度者ケア体制加算 | 45円/回 | | | | |
| 口腔機能向上加算 | 1月に2回を限度とし1回につき150単位 | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 40円/月 | | | | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6円/回 | | | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | ひと月あたりの所定単位数×5.9% | | | | |
| 介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ) | ひと月あたりの所定単位数×1.0% | | | | |

※事業所が送迎を行わない場合 所定単位数より片道47単位の減算があります。

② 介護予防通所介護料金(介護保険適用料金)

| | 要支援 1 | 要支援 2 |
|-----------------|-------------------|----------|
| 基本料金 | 1672 円/月 | 3428 円/月 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 円/月 | 40 円/月 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 24 円/月 | 48 円/月 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | ひと月あたりの所定単位数×5.9% | |
| 介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ) | ひと月あたりの所定単位数×1.0% | |

③ 食事代

食材費

| | |
|---------|---------|
| 昼食 | ¥ 7 5 0 |
| 夕食 | ¥ 7 5 0 |
| おやつ・飲み物 | ¥ 5 0 |

④その他

※上記の他、不足したおむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

5 利用料金の支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払いください。
お支払いいただきますと領収証を発行します。
お支払方法は、銀行振込、現金、口座自動引落の3通りの中からご契約の際に選べます。

6 サービス利用に当たっての留意事項

- ・利用当日午前8時30分(送迎車の出発前)までに休みの連絡を頂けなかった場合はキャンセル料として1000円(食事代を含む)をご負担いただきます。
- ・利用者都合で送迎に再度伺った場合は送迎代として500円をご負担いただきます。

7 サービスの利用開始

- ・居宅サービス計画(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とご相談ください。
- ・サービスの提供の依頼を受けた後に、後日、契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

8 利用期間中の中止

利用期間中にサービスの利用を中止して退所する場合、退所日までの日数を基に料金を計算します。

※以下の場合には、利用期間中でもサービスを中止する場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合、通所介護の継続が困難になったとき
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

※体調不良時の受診はご家族にてお願いします。

※事業者は施設で感染症若しくは食中毒が発生したとき、又はそのおそれが疑われる状況が生じたときは、被害を最小限にするために、サービスを中止する場合があります。

9 事故発生時の対応について

- ・事業者は、通所介護のサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、及び後見人に連絡を行うとともに、利用者に対して応急措置、医療機関への搬送等必要な措置を講じます。
- ・発生した事故は記録に残し内容によっては基準に基づき、保険者、居宅介護支援事業所への報告を行います。
- ・また、賠償すべき事故が発生した場合に備え、損害保険に加入し、速やかにその対応を行います。但し、事業者が故意、過失がない場合はこの限りにありません。当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

10 法緊急時等における対応方法

- ・サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、救急隊及び契約時に記入頂く「緊急時の連絡先に記載のある利用者の主治医、緊急時連絡先、介護支援専門員等へ連絡をします。

11 損害賠償責任

事業者は自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

例えば次のような場合です。

- ・利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- ・利用者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- ・利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合
- ・利用者が、事業者もしくは介護サービスに反して行った行為に起因して損害が発生した場合
- ・事業者もしくはサービス従事者その他関係者のサービス提供に従わないことに起因して損害が生じた場合
- ・契約書及び管理諸規定に反したことに起因して損害が生じた場合
(具体的には、事業者もしくはサービス従事者が適切な介護サービスを行っていたにもかかわらず、自らの行動に起因して転倒、外傷、その他の損害が発生した場合)

12 予測不可能な行為

事業者は、通所介護、介護予防通所介護施設としてサービス従業者全員で利用者のケアに努めますが、自傷行為をはじめ利用者の予測不可能な行為によって発生した事故、損害については責任を負えませんので予めご了承ください。

13 事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能

事業者は契約の有効期間中、地震・噴火・台風等の天災、天候（雪）、その他、自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、利用者に対して当該サービスを提供すべき義務を負わないものとします。

この場合に、事業者は利用者に対して既に実施したサービスについては所定のサービス利用料金の支払を請求できるものとします。

14 協力義務

事業者が通所介護サービスを提供するにあたり、利用者は可能な限り事業者に協力するものとします。

15 当センターの通所介護サービスの特長等

(1) 運営の方針

日常生活の中で持てる力を発揮できるように音楽療法、整復師による機能訓練の提供等を行い

高齢者に愛情と慈しみを持って事業に取り組んでいます。

(2) サービスの利用のために

| 事 項 | 有 無 | 備 考 |
|----------------|-----|------------------|
| 土曜・日曜・祝日の実施の有無 | 有 | 1月1日から1月3日間は休みます |
| 時間延長実施の有無 | 無 | |
| 従業員への研修の実施状況 | 有 | 年1回外部研修を実施しています |
| サービスマニュアルの作成 | 無 | |
| 送迎の有無 | 有 | |
| | | |

(3) 施設ご利用にあたっての留意点

- 送迎時間 当日の利用状況、道路事情により、予定より多少前後する場合があります。送迎サービスを利用する際は、職員がお迎えに伺うまで、ご自宅でお待ち下さい。職員到着以前の外出に起因する事故に関しては、当事業所で責任を負いかねますのでご了承下さい。
- 体調確認 利用日の朝は体調を確認していただき、変化があれば送迎の職員にお知らせ下さい。服薬の変更や、主治医からの注意事項等がありましたら速やかにご連絡ください。
- その他 施設内の設備や什器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などが生じた場合、賠償していただくことがあります。

1.6 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当センターお客様相談・苦情担当

担当窓口 牧野 紀子

(2) その他

当センター以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

1.7 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況

| | | | | |
|----|----|-----------|----|----|
| なし | あり | 実施した年月日 | | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |

第三者による評価の実施状況

| | | | | |
|----|----|-------------|----|----|
| なし | あり | 実施した年月日 | | |
| | | 実施した評価機関の名称 | | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |

18 当社の概要

| | |
|-------------|---|
| 名称・法人種別 | Care Bank 株式会社 |
| 代表者役職・氏名 | 代表取締役 川野 真嗣 |
| 本部所在地・電話番号 | 中津川市 茄子川 1683-246 (0573) 68-8294 |
| 事業所所在地・電話番号 | 中津川市 茄子川 1683-246 (0573) 68-8294 |
| 定款の目的に定めた事業 | 1 介護保険法に基づく居宅サービス事業 2 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業 3 介護保険法に基づく居宅介護支援事業 4 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業 5 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業 6 介護保険法に基づく介護予防支援事業 7 その他これに付随する事業 |
| 施設・拠点等 | 1 通所介護・介護予防通所介護 1カ所 2 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 1カ所 3 居宅介護支援センター 1カ所 |

19 その他

利用者およびその代理人から処遇記録の複写物の交付を求められた場合は、これを交付します。但し、実費1,000円を申し受けます。

年 月 日

本事項説明者

印

本事項説明者より重要事項の説明書の交付を受け、以上の重要事項について説明を受けました。

利用者氏名（その家族）

印

緊急時の連絡先

| | | |
|-----|------------------|--|
| 主治医 | 主治医氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 | ① 氏名 (本人との関係) | |
| | 電話番号 | |
| | ② 氏名 (本人との関係) | |
| | 電話番号 | |

－ お支払方法 － 下記よりお選びください

- ① 口座自動引落 ご指定の口座から、毎月28日に自動引落いたします。
- ② 銀行振込 大垣共立銀行のら・じよわの口座に、お振込ください。
- ③ 現金集金 請求書到着後、デイサービスご利用日に現金でお支払ください。

－ 請求書送付先 － 利用者様と別の住所・氏名への送付を希望される方のみ

| | | |
|--------|----|---|
| 利用者氏名 | | |
| 請求書送付先 | 氏名 | |
| | 住所 | 〒 |