

「介護予防通所介護」（デイサービス）重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して介護予防通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 職員の配置状況	2
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
5. 苦情の受付について	6

1. 事業者

法 人 名	社会福祉法人 一 善 会
所 在 地	5 2 3 - 0 0 8 4 滋賀県近江八幡市船木町59番地3
電 話 番 号	0 7 4 8 - 3 4 - 7 1 2 3
代 表 者 氏 名	理事長 中川 宗孟
設 立 年 月 日	平成10年 3月25日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

介護予防通所介護事業所 滋賀県2570400016号指定

*当事業所は指定介護老人福祉施設赤煉瓦の郷に併設されています。

(2) 事業所の目的

介護予防通所介護は介護保険法の規定に基づき、要支援状態にある高齢者に対し、その人の生活・人生を尊重し、可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるように、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者心身機能の維持向上を図りもって利用者の生活機能の維持又は向上をめざすために適切な介護予防通所介護を提供します。

- (3) 事業所の名称 社会福祉法人一善会
介護予防ディサービスセンター 赤煉瓦の郷
- (4) 事業所の所在地 滋賀県近江八幡市船木町59番地3
- (5) 電話番号 直 通 0748-34-7126
FAX 0748-34-7124
- (6) 管理者氏名 中川 昌子
- (7) 通常の事業実施地域 近江八幡市（西老蘇・東老蘇・内野・石寺を除く）とする。

(8) 運営方針

本事業の運営に当たっては、日本国憲法第25条、老人福祉法、及び介護保険法の基本理念に基づき利用者の人権を尊重し関係市町、地域の保健、福祉、医療サービスの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供を行う。

滋賀県介護保険法に基づく指定介護予防サービスの事業の従業者ならびに設備および運営ならびに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例を遵守する。

(9) 営業日及び営業時間

営業日	営業日は原則として毎週火・水・木・金・土曜日の週5日 (祝日を含む) 但し次の日を除く (1) 12月29日～1月3日 (2) 事業実施地域に暴風雨警報が発令された日及び積雪日 (3) その他、管理者が閉所の必要があると認めた日
サービス提供時間	原則として 午前9時00分～午後4時10分
受付時間	原則として 午前8時00分～午後5時00分

- (10) 利用定員 35人 (指定通所介護サービスの定員35名と共通です)

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して介護予防通所介護サービスを提供する職員として以

下の職種の職員を配置しています。

主な職員の配置状況については指定基準を遵守しています。

職 種	員数	常勤		非常勤		指定基準
		専	兼	専	兼	
1. 管理者	1		1			1名
2. 生活相談員	2		2			1名
3. 介護職員	14	4	2	8		5名
4. 看護職員	2			2		1名
5. 管理栄養士	2		2			1名
6. 機能訓練指導員	5				5	1名

(指定通所介護サービスと兼務です)

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 内 容	勤務時間
管 理 者	管理	8:00～17:00 又は8:30～17:30
生 活 相 談 員	利用者又はその家族の生活の相談に応じます。	8:00～17:00 又は8:30～17:30
介 護 職 員	利用者の介護を行います。	8:00～17:00 又は8:30～17:30
看 護 職 員	利用者の健康管理を行います。	8:00～17:00 又は8:30～17:30

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|---|
| <p>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</p> <p>(2) 利用料金の全額をご利用者にご負担いただく場合があります。</p> |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、通常、利用料金の9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

a. 共通的服务

1. 移動、食事、排泄、入浴、更衣など介護計画にもとづいて可能な限り適切な支援をおこないます。

介護予防通所介護サービス	2. 体温や血圧を測定し、健康上の相談に応じます。 3. ご利用者の生活上の相談に応じます。 4. レクリエーションをプログラムにしたがって実施します。 5. ご自宅から当事業所までの送迎（往復）をいたします。 6. 入浴の支援を致します。寝たきり等で座位のとれない方は特別浴槽で入浴もできます。
サービス提供体制強化加算Ⅰ（ロ）	一定以上の勤続年数を有する者を一定割合以上配置し、入居者により質の高いサービスを提供します。

b. 選択的サービス

生活機能向上グループ活動加算	利用者の生活機能向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動。
----------------	---

c. 利用者の心身の状態により発生するサービス

若年性認知症受入加算	若年性認知症の利用者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供します。
------------	--

<サービス料金>

下記の料金によって、ご利用者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

a. 共通的服务

要 支 援 度	要支援 1	要支援 2
介護予防通所介護サービス費	1,647円/月	3,377円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ（ロ）	48円/月	96円/月
自己負担額	1,695円	3,473円

b. 選択的サービス

生活機能向上グループ活動加算	100円/月
----------------	--------

○ 介護職員処遇改善加算Ⅲ・・・{(a + b + c) × 2.2% × 0.9}を加算額にします。

c. その他必要となる時に発生する介護保険の給付の対象となるサービスの自己負担額

若年性認知症利用者受入加算	240円/月
---------------	--------

*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、利用料金の金額がご利用所の負担となります。

食 費	ご利用者に提供する食事の材料および調理費にかかる費用	1食650円
レクリエーション費	レクリエーションなどに参加した場合の材料代	実費

レノノエ レコン具	および参加費等の実費	大具
複写物の交付	ご利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合にはご負担いただきます。	10円／1枚
取消料	前日午後5時までに欠席の連絡がない場合の費用	自己負担額(食費)
日常生活上必要となる諸費用	日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担頂くことが適当であるものの費用（おむつ代等）	実費
その他	利用者からの負担が適当であると認められるもの	実費

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、原則として滋賀銀行・関西アーバン銀行およびゆうちょ銀行の自動引落としとし、月末締め請求、翌月20日引落としとさせていただきます。

(土日、祝祭日は翌日)

尚、引き落としに係る経費は、利用者負担でお願いします。

(4) 利用の変更、追加

- ①利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、介護予防通所介護サービスの利用を変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には必要に応じて地域包括支援センターと連絡調整をおこないます。
- ②利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料をいただきます。ただし、事業者が正当だと判断した場合は、この限りではありません。

5. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口

介護予防デイサービス 赤煉瓦の郷 生活相談員 山口貴子・今里彰吾

滋賀県近江八幡市船木町59番地3

電話 0748-34-7126

FAX 0748-34-7124

- 受付時間 毎週火～土曜日 10時～16時
また、苦情受付箱を事務所前に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

近江八幡市役所 高齢福祉介護課	所在地 近江八幡市土田町1313 TEL 0748-33-3511
滋賀県国民健康保険 団体連合会	所在地 大津市中央4丁目5-9 TEL 077-522-2651

6. 事故対応および報告

万一、事故が起こった場合ご家族に連絡致します。

その際、病院受診や緊急の場合はご家族にその旨を伝え、施設側で対応するとともに、ご家族には病院に向かっただくことをお願いします。

そして、事故が発生した場合は保険者の市町村長へその概況等を報告いたします。

平成 年 月 日

介護予防通所介護サービスの提供について、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 一善会

説明者 氏 名 _____ 印

平成 年 月 日

私は、本書面にに基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(続柄) _____)電話番号 _____

成年後見人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

ご利用者		様
コード		

契 番	約 号	Y D
--------	--------	-----

「介護予防通所介護（デイサービス）」
重要事項説明書

社会福祉法人一善会

デイサービス 赤煉瓦の郷

