

「指定通所介護（介護予防通所サービス）」重要事項説明書

シニアヴィラ・パトリ デイサービスセンター

当事業所は介護保険の指定を受けています。（指定第2372600631号）

当事業所はご契約者に対して指定通所介護又は介護予防通所サービス（以下「指定通所介護等」といいます）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。

* 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

目次

1、事業者	1
2、事業所の概要	1
3、事業実施地域及び営業時間	2
4、職員の配置	2
5、当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6、サービスの利用に関する留意事項	5
7、苦情の受付について	5
8、サービスの利用をやめる場合（契約の終了について）	6
9、非常時の対応方法	7
10、緊急時の対応方法	7

1、事業者

- | | |
|------------|--------------|
| (1) 事業者名 | 有限会社ウェルネス |
| (2) 事業所所在地 | 豊川市国府町流霞116 |
| (3) 電話番号 | 0533(87)2846 |
| (4) 代表者名 | 飛田 義博 |

2、事業所の概要

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護（指定介護予防通所サービス）
平成15年4月30日愛知県指定第2372600631号 |
| (2) 事業所の目的 | 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感解消及び心身機能維持並びに利用者と家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 |
| (3) 事業所の名称 | シニアヴィラ・パトリ デイサービスセンター |
| (4) 事業所の所在地 | 豊川市国府町下河原3-1 |
| (5) 電話番号 | 0533(87)4117 |
| (6) 事業所長（管理者）氏名 | 飛田 将義 |
| (7) 当事業所の運営方針 | |

- 1、本事業所において提供する指定通所介護等は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- 2、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画又は介護予防通所サービス計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- 3、利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
- 4、適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- 5、常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
- 6、在宅サービス計画が作成されている場合、当該計画に沿った指定通所介護等を提供する。

(8) 開設年月 平成15年4月30日

(9) 利用定員 1日=25人

3、事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 豊川市

(2) 営業日及び営業時間

営業日 月曜日から日曜日

*但し、12月29日から1月3日までを除く

サービス提供時間 午前9時30分～午後4時40分

4、職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護等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。

<主な職員の状況> *職種配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種 および員数	管理者		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練 指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤		1		2		1	2	2		1
非常勤						1	2			1

<主な職種の勤務体制>

介護職員 勤務時間 8:30～17:30

看護職員 勤務時間 8:30～17:30

5、当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約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、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合があります。
- (3) 介護保険の給付の対象となるサービス

(このサービスについては、利用料金うち負担割合に応じた金額が介護保険から給付されま
す。)

<サービスの概要>

- 1、食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

- ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
(食事時間) 12:30~13:30

2、入浴

- ・ 一般浴槽を使用して入浴することができます。

3、排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

4、機能訓練

- ・ ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

5、レクリエーション

- ・ 四季の行事にそったレクリエーションを行います。

人々との交流の中から、よい人間関係が生まれ、生活の幅を広げ、生きがいに結びつくような楽しい時間を提供します。

6、送迎

- ・ マイクロバス、車椅子やリクライニング車椅子のまま乗降できるリフト付きバスなど、ご契約者の身体の状況、ご自宅の環境に応じて送迎します。

<サービス料金 要介護者（1回あたり）、要支援者（月あたり）>

下記の料金表によって、ご契約者の要介護（要支援）度に応じたサービス利用料金（自己負担額）をお支払い下さい。

要介護 状態区分	基本報酬 1月 当たり	運動器機能 向上加算 1月当たり	サービス提 供体制強化 加算Ⅰ 1月当たり	介護報酬 単位数合計 1月当たり	介護職員処遇 改善加算 59/1000 1月当たり	介護報酬額 地域単価 10.14円 1月当たり	自己負担額 概算（円） （10%相当分） 1月当たり	自己負担額 概算（円） （20%相当 分） 1月当たり
要支援1	1,647	225	72	1,944	115	20,878	2,088	4,176
要支援2	3,377	225	144	3,746	221	40,225	4,023	8,045

要介護 状態区分	基本報酬 1日当 たり	入浴介助 加算 1日当 たり	個別機 能訓練 加算Ⅱ 1日当 たり	サービ ス提供 体制強 化加算 ⅠⅡ 1日当 たり	介護報酬 単位数 合計 1日当 たり	介護職員処 遇改善加算 59/1000 1日当たり	介護報酬額 地域単価 10,14円 1日当たり	自己負担額 概算（円） （10%相当分） 1日当たり	自己負担額 概算（円） （20%相当 分） 1日当たり
介護度1	645	50	56	18	769	45	8,253	826	1,652
介護度2	761	50	56	18	885	52	9,501	951	1,902
介護度3	883	50	56	18	1,007	56	10,778	1,078	2,156
介護度4	1,003	50	56	18	1,127	63	12,066	1,207	2,414

介護度 5	1,124	50	56	18	1,248	69	13,354	1,336	2,672
-------	-------	----	----	----	-------	----	--------	-------	-------

(上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護（要支援）度などに応じて異なります。)

- * ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護又は要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、在宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交します。
- * ご契約者に提供する食事に係わる費用は別途いただきます。（下記（２） 1 参照）
- * 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、ご契約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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

- 1、食事料金 550円（普通食） 特別食は650円～750円
- 2、レクリエーション費 実費
- 3、通常の事業の実施地域（豊川市）を超えて行う指定通所介護等に要した送迎の費用は、次の額をいただきます。
 - ①通常の実施地域を超えた地点から、片道3キロメートル未満の場合 200円
 - ②通常の実施地域を超えた地点から、片道3キロメートル以上は越えた分、
1 Kmにつき 100円
- 4、利用者の希望によりサービス提供時間を超えて行った指定通所介護の費用は、下記のご負担をいただきます。
 - ・延長1時間につき 1000円
- 5、複写物の交付
ご契約者は、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実費をご負担いただきます。
 - ・1枚につき 10円
- 6、日常生活上必要となる諸費用実費
日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。
 - ・おむつ代 100円
 - ・パット代 100円
- 7、その他当日必要とされるもの：実費
 - * 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(1) 利用料金のお支払い方法

前期（1）1～5の費用に関しては、当月末締めにて清算し、請求書を翌月10日までに発行致しますので、翌日末日までに下記ア、イのいずれかの方法（契約時に選択し決定する）にて支払うものとします。振り込みに際しての手数料は、各自ご負担となります。

ア、シニアヴィラ・パトリデイサービスセンター窓口での現金払い

イ、金融機関指定口座からの自動引き落とし

(2) 利用の中止、変更、追加

- * 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、指定通所介護等の利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの追加をすることができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。
- * 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、取消料として「自己負担相当額」をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
- * サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6、サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- * 施設・設備・敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。
- * 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により現状に復していただく、または、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- * 当事業所の職員や他の利用者に対し迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

<サービス提供における事業者の義務>

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全確保やプライバシーの保護などに配慮するなどの義務を負います。

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師または看護職員と連携しご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、ご契約者に関する記録は完結の日から5年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧、複写物を交付します。
- ④ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等、必要な処置を講じます。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、ご契約者に緊急に医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

7、苦情の受付について

(1) 事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 生活相談員 伊藤 慶子 ・ 若林 直代

○電話番号 (0533) 87-4117

○受付時間 毎週月曜日～日曜日 8：30～17：30
また、苦情受付ボックスを施設内に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関として以下の専用窓口もご利用下さい。

○東三河広域連合 介護保険課 (0532) 26-8471

○愛知県国民健康保険団体連合会 (052) 971-4165

8、サービスの利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から6か月間ですが、契約満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に6か月間同じ条件で更新され以後も同様となります。契約期間中は以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に、以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① 契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定により契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由で事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑦ 事業所から契約解除を申し出た場合

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

以下の場合、サービスの終了を希望する日の7日前までに、解約届出書をご提出下さい。

- ① ご契約者が長期に入院された場合
- ② 介護保険給付対象外サービスの利用料金や事業所の運営規定に同意できない場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に反したり、社会通念を逸脱する行為を行ったため、サービスの継続をしがたい状況になった場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には文書にて通知した上、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、その心身の状況や病歴等の重要事項について、故意に告げなかったり、偽りの告知を行った結果重大な事情を生じた場合
- ② サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、支払いの催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物信用等を傷つけたり、著しい不信行為を行うなどした場合

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

9、非常時の対応方法

火災、天災等、災害時においては、すみやかに安全を確保し人命救助に努めます。

地震警戒宣言発令の際には、直ちにご自宅にお送りしてご家族・地域での非常対策に則した行動がとれるように致します。

10、緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等へ連絡を致します。

主治医 主治医氏名

連絡先

ご家族 氏名

連絡先

平成 年 月 日

指定通所介護等の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

シニアヴィラ・パトリ デイサービスセンター

説明者職名

氏名

印

私は本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受け指定通所介護等の提供開始に同意しました。

同意者（ご本人）

住所

氏名

印

代理人

住所

氏名

印