

通所介護・介護予防通所サービス

重要事項説明書

○担当者(デイサービスの責任者)

サービス提供責任者 施設長 山崎 響

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話:0533-74-8885 (午前8時00分～午後5時00分) 担当:施設長 山崎 響

※ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2 当施設の概要

① 施設の名称・所在地

名称	あづま家デイサービス蒲郡
所在地	蒲郡市三谷町五舗 122
送迎対象地域	蒲郡市、豊川市

② 職員体制

管理者:1名

生活相談員:1名以上

介護職員:6名以上

機能訓練指導員:2名以上

看護職員:1名以上

③ 営業時間

営業日:月曜日～金曜日 祝日営業

営業時間:08時～17時

サービス提供時間:09時30分～14時30分

3 提供するサービス内容

※通所介護計画書に沿って、機能訓練、日常生活動作訓練、健康チェック、送迎、アクティビティ、その他必要な介護等を行います。

- ① 機能訓練（柔道整復師等が個別でプログラムを立案します。）
 - ② 日常生活動作訓練（自宅の環境に合わせた訓練を行います。）
 - ③ 食事の提供
 - ④ 健康チェック（バイタルチェック、生活習慣などのチェックを行います。）
 - ⑤ 送迎（乗降時は必ずスタッフが対応します。）
 - ⑥ アクティビティ（痛み改善プログラムをご用意しています。）
- 必要に応じてはかかりつけ医師の指示による処置も行います。

4 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気や感染症の疑い(発熱・嘔吐・下痢症状がある場合)の際には、サービスの提供をお断わりすることがあります。病状の急変(裂傷による通院や疾病悪化による入退院)や感染症上等 発症(インフルエンザ・ノロウイルス他)の連絡等重要な事項など利用者及び家族が報告の義務を怠った場合。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。(発熱や血圧等が異常に高い場合・意識障害が出現した場合)その場合、緊急連絡先のご家族へ連絡の上、適切に対応します。
- ③ ご利用中に、体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族へ連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医の医師等に連絡を取る等、必要な措置を講じます。原則として施設より医療機関への受診を伝えた場合は、ご家族でかかりつけ医への受診対応をお願いします。

※サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。

ただし、定員数分の予約がはいっている日には、振り替えることができませんので、ご了承ください。

5 利用料金(1単位 10.14 円となります)

① 介護 基本料金

要介護度	1日あたりの 単位数	1日あたり 自己負担額 (1割負担)	1日あたり 自己負担額 (2割負担)	1日あたり 自己負担額 (3割負担)
要介護1	770 単位	約 781 円	約 1,561 円	約 2,342 円
要介護2	882 単位	約 895 円	約 1,789 円	約 2,684 円
要介護3	995 単位	約 1,009 円	約 2,018 円	約 3,027 円
要介護4	1,107 単位	約 1,123 円	約 2,245 円	約 3,368 円
要介護5	1,221 単位	約 1,239 円	約 2,477 円	約 3,715 円

個別機能訓練加算Ⅰロ、個別機能訓練加算Ⅱ、
科学的介護推進体制加算、介護処遇改善加算Ⅱ、
これらの加算は提示料金に含まれておりますが、
口腔機能向上加算Ⅱ、ADL維持等加算(Ⅰ)は含まれておりません。

介護 加算料金

個別機能訓練加算Ⅰロ	76 単位
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位 / 月 1 回
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位 / 月 2 回
科学的介護推進体制加算	40 単位 / 月 1 回
ADL維持等加算Ⅰ	30 単位 / 月 1 回
介護職員処遇改善加算Ⅱ	介護報酬総単位数×サービス別加算率 9.0%

② 予防 基本料金

週間利用回数 要介護度	1月あたりの 単位数	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
週1回 事業対象者 要支援1	2,178 単位	約 2,209 円	約 4,417 円	約 6,626 円
週2回 事業対象者 要支援2	4,165 単位	約 4,224 円	約 8,447 円	約 12,670 円

口腔機能向上加算Ⅱ、科学的介護推進体制加算、
介護処遇改善加算Ⅱ
これらの加算は提示料金に含まれております。

予防 加算料金

口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位 / 月1回
科学的介護推進体制加算	40 単位 / 月1回
介護職員処遇改善加算Ⅱ	介護報酬総単位数×サービス別加算率 9.0%

③ 自費利用者様 1回 5,000円

1、その他自己負担となるもの

オムツ代(リハビリパンツ：200円 パット：50円)

昼食代：700円

キャンセル料：1,000円（当日キャンセルの場合）

2、お支払方法

毎月、15日頃までに前月分の請求書を発行させていただきますので20日までにお支払いをお願い致します。

お支払方法は20日に自動口座引き落としとなりますのでよろしくお願い致します。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話でお申込みいただくか契約をされている居宅の介護支援専門員を經由してご連絡をください。当施設職員がご自宅に訪問し、ご本人の心身の状況を確認いたします。ご契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

- ① お客様のご都合でサービスを終了する場合には、サービスの終了する日の1週間前までにご連絡下さい。
- ② やむを得ず、当施設の都合でサービスを終了させていただく場合がございます。その場合には、終了1ヶ月前までに文書でご通知いたします。
- ③ 自動終了

下記の場合は、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の都合でサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・介護保険給付でサービスを受けていただ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
- ・お客様がお亡くなりになった場合、若しくは被保険者資格を喪失したとき

④ その他

- ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が倒産または事業を休止した場合にサービスを終了いたします。
- ・お客様やご家族などが当施設のサービス従業者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知後、サービスを終了させていただきます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず、30日以内に支払われない場合にはサービスを終了いたします。

7 当施設の通所介護サービスの特徴

(1) 運営方針

- ① お客様が、ご自宅において自立した日常生活が営めるよう、支援致します。
- ② お客様のご意志及び人格を尊重したサービスの提供を致します。
- ③ お客様の痛みや日常生活でのお悩みを改善致します。

(2)サービスの利用にあたっての留意事項

- ① ご自身の脚で立つ・歩くことの大切さを実感していただきます。施設内では転倒に十分配慮致しますが、活動性を向上するためには転倒するリスクも高まる事を十分にご理解下さい。
- ② お客様が体調不良の場合(不機嫌な状態等)、スタッフへお申し出ください。
- ③ 金銭及び貴重品の管理は自己管理でお願い致します。多額の現金の持ち込みは禁止です。
- ④ 自宅から食べ物の持ち込みは感染症対策の一環として禁じております。
- ⑤ お客様同士での物々交換は禁じております。
- ⑥ 他のお客様、職員への宗教の勧誘や選挙活動は禁じております。
- ⑦ 失禁(排尿・排泄があった場合には衛生管理上の理由からズボン・パンツをお持ち帰り頂きます。)

8 緊急時の対応

サービスの提供中に心身状態の変化等(病状の急変)があった場合

- ① 緊急連絡先ご家族
- ② 主治医 必要に応じて救急車要請
- ③ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員へご連絡をいたしますのでご理解ください。

9 当施設の非常災害対策

- ① 災害時の対応：当施設の対策規定に基づいた対応を致します。
- ② 防災設備：火災警報器、非常通報設備(消防署直通)
- ③ 防災訓練：年2回実施しております。
- ④ 防火責任者：中村 純一

10 サービス内容に関する相談・苦情の窓口

- ① 当施設のご利用者相談・苦情窓口 苦情受付担当者：山崎 響 電話 0533-74-8885
- ② その他 当施設以外に、町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。
(ア)東三河広域連合 介護保険課：電話 0532-26-8471 FAX 0532-26-8475
(イ)愛知県国保連合会 苦情相談室：電話 052-971-4165 FAX 052-962-8870
- ③ 第三者機関による評価は実施しておりません。

上記の「通所介護・介護予防通所サービス 重要事項説明書」に関して説明を受け、了承する場合は、別添する「契約締結書」に署名して下さい。