

ほっとからすやまデイサービスセンター

「介護予防通所介護」重要事項説明書

ほっとからすやまデイサービスセンター
「介護予防通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(栃木県指定第0972500789号)

当事業所は、ご契約者に対して指定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とおり説明します。

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1もしくは、要支援2」と認定された方が対象となります。

1、事業者

- (1) 法人名 有限会社ホットクレール
(2) 法人所在地 栃木県那須烏山市野上1623-1
(3) 電話番号 0287-80-0515
(4) 代表者氏名 代表取締役 阿久津 寿美世
(5) 業種 介護サービス事業
(6) 設立年月 平成16年4月21日

2、事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防通所介護事業所
平成18年4月1日指定
栃木県 第0972500789号
- (2) 事業所の目的 当事業所は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に介護予防サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 ほつとからすやまデイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 栃木県那須烏山市野上1623-1
- (5) 事業所の電話番号 0287-80-0515
事業所のFAX 0287-80-0516
- (6) 管理者の氏名 川俣 知孝
- (7) 事業所の運営方針 利用者一人ひとりの個性と要望を大切にし、利用者及びその家族とのコミュニケーションに努め、利用者の生き生きとした生活づくりを援助します。
また、地域住民との交流に努めるとともに、地域の保健・福祉・医療サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月日 平成16年6月1日
- (9) 利用定員 30人（指定通所介護を含む）
- (10) 施設の概要 介護予防通所介護サービスの提供に当たり、当事業所は以下の施設、設備及び備品を整備しております。

介護保険法で定められた施設	食堂、機能訓練室、相談室、静養室、事務室
その他の施設	浴室、脱衣室、洗面所、便所、調理室、汚物処理室、洗濯室、その他
主な設備・備品	機械浴槽（リフト浴設備）、個別浴槽、一般浴槽（リハビリ浴槽）、車椅子、ベッド、歩行器、テーブル、イス、ソファ、カラオケセット、テレビ、車椅子対応送迎車両、その他

3、事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 那須烏山市、茂木町、市貝町、那珂川町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（日曜日以外の祝日）
営業時間	午前8時00分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時～午後4時15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サービス（介護予防通所介護）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。

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	人 数
1.管理者（施設長）	1名（常勤、ショートステイと兼務）
2.生活相談員	1名以上（常勤換算）
3.看護職員	1名以上（常勤換算）但し、機能訓練指導員と兼務
4.介護職員	4名以上（常勤換算）
5.栄養士	1名以上（常勤換算）但し、ショートステイと兼務
6.調理職員	5名（非常勤）
7.事務職員	1名以上（常勤換算）但し、ショートステイと兼務
8.機能訓練指導員	1名以上（看護師、もしくは准看護師が兼務）

5、当事業所が提供するサービス

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

サービス名	内 容
1.送迎	ご自宅から事業所までの送迎をいたします。歩行が困難で車椅子を必要とされる方には車椅子に乗ったまま乗降できるリフト車を準備させていただきます。
2.健康チェック	ご利用日には必ず看護職員による健康チェック（血圧、体温、脈拍等）を行います。
3.入浴	ご希望により身体状況に応じた浴槽で入浴していただけます。ただし、ご利用日の体調によりシャワー浴や部分浴になる場合がございます。また、入浴前の健康チェックにて体調不良の訴えや、静養が必要と思われる場合、管理者もしくは看護職員の判断にて入浴を中止させていただく場合がございます。
4.食事	栄養士のたてた献立表により、栄養ならびにご本人の身体状況を考慮した食事を提供します。昼食のほかおやつも準備しております。

5.レクリエーション	ご本人の身体状況等に応じた運動や趣味活動、外出レク等季節に合わせた行事など、ご本人の希望を取り入れて豊かなレクリエーション活動を行っております。
6.口腔機能ケア	口腔機能の低下している方もしくはそのおそれのある方には、口腔機能改善のため計画書作成し、適切なサービスをさせていただきます。食事後には口腔内清掃をお手伝いさせていただきます。
7.機能訓練	心身等の状況に応じて、日常生活をおくるのに必要な機能の回復又はその機能低下を防止するための生活リハビリを行います。
8.生活相談	ご家庭での介護のことはもちろん、それ以外の日常生活に関するご相談も対応させていただきます。

6、利用料（1割負担の場合）

ご契約者の要支援とサービス利用料金	要支援1 16.470円	要支援2 33.770円
介護保険から給付される金額	14.823円	30.393円
サービス利用の係る自己負担額	1.647円	3.377円
食費（食材料+調理費）	700円/回	
レクリエーション材料費	実費	

加算料金

- ・介護職員総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合

【サービス提供体制強化加算（I）イ】

要支援1の方：1月につき 720円【介護保険適用時の自己負担額72円】

要支援2の方：1月につき1440円【介護保険適用時の自己負担額144円】

- ・勤続3年以上のサービス提供職員が40%以上配置されている場合

【サービス提供体制強化加算II】

要支援1の方：1月につき480円【介護保険適用時の自己負担額48円】

要支援2の方：1月につき960円【介護保険適用時の自己負担額96円】

- ・若年性認知症利用者を受け入れた場合

【若年性認知症者受入加算】

1月につき2400円【介護保険適用時の自己負担額240円】

- ・ 介護職員処遇改善加算（総介護報酬単位数に1000分の40に相当する単位数）

(1) 利用料金（1月当たり）

(注) 1.利用料は介護保険の給付金額であり、自己負担額はその1割となっております。

2.介護保険の対象となるもののうち、【共通】とは、利用者全員に等しくご負担いただく利用料です。また、【選択】とは、入浴サービスや各ご利用者のケアプランに沿った特別なサービスを受けられた場合にご負担いただく利用料です。

- 3.ご契約者が要支援1, 2認定等を受けた後、自己負担額を除く金額(利用料の9割)が介護保険から払い戻されます(償還払)。
- 4.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。
- 5.通常の事業実施地域外への送迎 地域外より1kmますごとに30円

(2) 自己負担の利用料金のお支払い方法

ご利用月の利用料金の請求書を翌月10日までにご契約者に送付しますので、下記のいずれかの方法でお支払いください。

- ① お客様のお口座から自動引き落とし(但し郵便局、鳥山信用金庫、JA 那須南に限ります)
- ② 銀行等からの振込み(当指定口座へお振込みください)
- ③ 現金払い(請求書がお手元に届いてから一週間以内にお持ちください。)

(3) 利用の中止、変更、追加

- ①利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防通所介護サービスの利用を中止または変更、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。
- 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、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	700円

- ③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、ご契約書の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日をご契約者に提示して協議します。

7、サービス利用にあたっての留意事項

項目	留意内容
1、送迎時間	道路事情、天候等により、予定時間を前後する場合があります。必ずご自宅の中でお待ち下さい。
2、体調確認	利用時に健康チェックを行いますが、ご自宅においての体調の変化や通院等がありましたら、必ずお知らせください。
3、体調不良等による利用の変更・中止	健康チェックで異常がある場合や健康状態がすぐれない場合には、サービスの中止または内容を変更することがあります。
4、設備・器具の利用	施設内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください

	い。これに反した利用により破損が生じた場合、賠償していただく場合がございます。
5、勧誘活動	施設内での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勧誘活動（宗教活動、政治活動、営利活動）を行うことはできません。
6、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。

8.非常災害対策について

(1) 災害時の対応

連絡網により可能な限り職員を招集します。また、ご家族にご連絡します。

(2) 防災設備

火災報知機、自動火災通報装置、屋内消火栓、防火シャッター、非常用放送設備、消火器が備わっております。

(3) 防災訓練

年2回、消火訓練、避難誘導訓練などの防災訓練を実施いたします。訓練日に通所されている方はご協力いただくことがございます。

(4) 防火管理者 川俣 知孝

9. 秘密保持について

- 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏洩は致しません。
また、従事者が退職後についても同様とする。
- 但し医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を迅速かつ正確に情報を提供致します。
- 利用者に関わる地域包括支援センター及び、介護予防支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、情報が用いられる利用者及びご家族に事前に同意を文書『情報提供同意書』により得たうえで、個人及びご家族の情報をを用いることができるものと致します。

10. 苦情の受付について

等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。

(1) 苦情受付窓口（担当者）

管 理 者 川俣 知孝
生活相談員 佐藤 勝美 関 菜摘
受付連絡先 電話 0287-80-0515 FAX0287-80-0516

(2) 受付時間

毎日 午前8時30分～午後5時30分

(3) 苦情の手順

苦情受付後、生活相談員より苦情申出者もしくは、申出者ご家族に連絡をとり直接利用者方に訪問し、詳しい事情を聞くとともに担当ケアマネジャーに連絡する。

事業所内にて管理者が主体となり、苦情対策委員会で苦情内容に対する適切な対応方法を検討し、結果を苦情申出者及びケアマネジャーに報告する。又、その都度記録を残し再発防止に努めます。

(4) 行政機関その他苦情受付機関

那須烏山市 市民福祉部 健康課介護保険係	所在地 栃木県那須烏山市田野倉 85-1 電話 0287-88-7116
茂木町役場 保健福祉課高齢介護係	所在地 栃木県芳賀郡茂木町大字茂木 155 電話 0285-63-5603
市貝町役場 健康福祉課	所在地 栃木県芳賀郡市貝町大字市場 1280 電話 0285-68-1113
那珂川町役場 健康福祉課	栃木県那須郡那珂川町馬頭 409 電話 0287-92-1119
国民健康保険団体連合会	所在地 栃木県宇都宮市山本町 12-11 栃木会館 4階 電話 0286-622-7242 FAX0286-622-7965
お住まいの地域の市役所、町村役場の介護保険に係る窓口	

1 1. 個人情報の取り扱いについて

(1) 利用目的

当施設では、ご利用者から提供されたご利用者本人およびご家族に関する個人情報を、下記の目的以外使用致しません。

- ① ご利用者へ提供する介護サービス等
- ② 介護保険事務
- ③ ご利用者のために行う管理運営業務（会計、事故報告、介護サービスの向上等）
- ④ 施設のために行う管理運営業務（介護サービスや業務の維持、改善の基礎資料の作成、施設等において行われる学生等の実習への協力、職員の教育のために行う事例研究等）

(2) 第三者への提供

当施設では、下記の利用目的のためにご利用者及びご家族等の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ① 介護保険事務などの施設業務の一部を外部事業者へ業務委託を行う場合
- ② 他の介護事業所等との連携（サービス担当者会議等）

- ③ ご利用者の病院受診等にあたり、医師、病院関係者との連携
- ④ 家族もしくは身元引受人等への心身状態や生活状況の説明
- ⑤ 研修等の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ⑥ 損害賠償保険などの請求に係る保険会社等への相談又は届出等
- ⑦ 保険者等、行政機関や他の関係機関からの照会への回答
- ⑧ 外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ⑨ 介護保険審査支払機関へのレセプト請求及び介護保険審査支払機関からの照会への回答

(3) ご利用者に関するお問い合わせへの対応

当施設では、ご利用者に関する来所（面会）やお電話でのお問い合わせに対し、慎重に対応させて頂いており、ご利用者のプライバシーに係る個人情報につきましては（2）の場合を除き外部に対し情報提供致しません。

(4) 施設内での写真の掲示及び施設報での写真の掲示

当施設では、外出や行事等の楽しい思い出を、参加されたご利用者に楽しんで頂くため、できるだけたくさん掲示するようにしております。またご利用者の家族、施設外の方々への理解を深め、施設での様子を知っていただくため、施設報にお写真を掲載することがあります。（ご氏名は掲載いたしません）

施設内での写真の掲示、施設報への写真の掲載について希望されない場合は遠慮無くお申し出ください。

平成 年 月 日

介護予防通所サービスの提供の開始に際し、本書面にもとづき重要事項を説明し、交付致しました。

ほっとからすやまデイサービスセンター

説明者 (職名)

(氏名)

印

私は、本書面にもとづいて事業者から重要事項説明と交付を受け、介護予防通所サービスの提供開始に同意しました。

利用者 (住所)

(氏名)

印

【署名代行者】

(住所)

(氏名)

印