

介護予防通所介護
総合事業における通所介護事業所

重要事項説明書

様

サービス 楽 蔵

介護保険指定番号 福島県 0770800779

介護予防通所介護、総合事業における通所介護重要事項説明書

<R7年4月1現在>

1. 事業の目的

株式会社 SEI 喜羅里が開設するデイサービス 楽 蔵が行なう指定通所介護の事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員等が要介護状態または、要支援状態にある高齢者(以下「要介護者等」という)に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする

2. 運営の方針

- (1) 事業所の生活相談員は、要介護者等及びその家族の生活介護にかかる相談及び助言を行い、その有する能力に応じ在宅生活が継続できるように支援していく
- (2) 事業所の看護師(または、准看護師)は、事業所に通所される要介護者等にある高齢者に対し、血圧、体温、脈拍等を測定するとともに、心身状況の確認と看護相談等により生活支援を行なう
- (3) 事業所の職員等は、要介護状態等となった高齢者に対し、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が営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう支援していく
- (4) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健医療、福祉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力するものとする

3. 営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月曜日 ~ 金曜日 (12/31~1/3を除く)
- (2) 営業時間 8:30~17:30
- (3) サービス提供時間 9:30 ~ 16:31
- (4) サービス提供時間以外の延長も行なう

4. 当社が提供するサービスについての相談窓口

☆ サービス相談窓口 ☆

電話番号： 0241-23-2772 担当者： 高 畠 翔 大
 受付時間： 9:00~17:00 (月~金曜日)

※ ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

5. 介護予防通所介護 デイサービス楽蔵 概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称・法人種別 事業所名 代表者役職・氏名	株式会社 SEI 喜羅里 デイサービス 楽 蔵 代表取締役 猪俣 由美
所在地	喜多方市豊川町米室字二条川原 1878-6
介護保険指定番号 ・その他のサービス	ケアプランセンターみらい 居宅介護支援 (福島県 0770800787) ケア・サービスみらい 訪問介護/介護予防訪問介護 (福島県 0770800795) デイサービスセンターみらい東千石 地域密着型通所介護/介護予防通所介護 (福島県 0770201341) きらりの家 地域密着型特定施設入居者生活介護 (福島県 0790800049)
サービスを提供する地域	喜多方市
営業所数	居宅介護支援 1ヶ所/訪問介護・介護予防訪問介護 1ヶ所/通所介護・介護予防通所介護 2ヶ所 地域密着型特定施設入居者生活介護 1ヶ所

(2) 同事業所の職員体制

職 種	資 格	常勤	非常勤	業務内容	計
管 理 者	介護福祉士等	1名		事業者の従業員の管理及び業務の管理	1名
生活相談員	社会福祉士 介護福祉士等	1名	1名	利用申し込みに係る調整 利用者に対する生活相談等	2名
看 護 師 兼機能訓練指導員	看 護 師 准 看 護 師 等		2名	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する訓練	2名
介 護 職 員		1名以上		日常生活を営むのに必要なサービスの提供	1名以上

(3) サービス提供時間

9:30 ~ 16:31 (延長サービス可)

6. サービス内容

(1) 利用定員 15名以内

(2) 内容

- 共通的服务
 - 健康チェック
 - 送迎
 - 食事
 - 口腔ケア
 - レクリエーション
- 運動器機能向上
- 入浴
- その他日常生活上必要な援助

(3) 利用料

- ◆ 介護保険法令等関係法令の基準によるものとし、法定代理受領サービスである時は、介護報酬の告示上の額の利用者負担割合額とする。

【介護予防通所介護】

基本料金(月額)		加算
		処遇改善加算
要支援1	17,980円	利用料 合計の8.0%
要支援2	36,210円	

- ◆ 食費（760円/税込み）は別途徴収するものとする。
- ◆ キャンセル料
利用日当日のキャンセルは食費代のみ徴収となります。

7. サービス利用方法

(1) サービス利用開始

- ① 電話等で申し込み下さい。
- ② 介護予防通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービス提供開始いたします。
- ③ 介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメント作成の依頼をしている場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(ア) サービスの終了

- ① お客様のご都合でサービス終了する場合。
サービス終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。
- ② 当社の都合でサービスを終了する場合。
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。
- ③ お客様やご家族などが、当社や当社のサービス従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合があります。

(イ) サービス自動終了

- ① お客様が介護保険施設等へ入所した場合。
- ② 要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
※ この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。
- ③ お客様がお亡くなりになった場合。

(ウ) その他の終了

以下の場合、お客様が文書で通知することにより、サービスを終了することが出来ます。

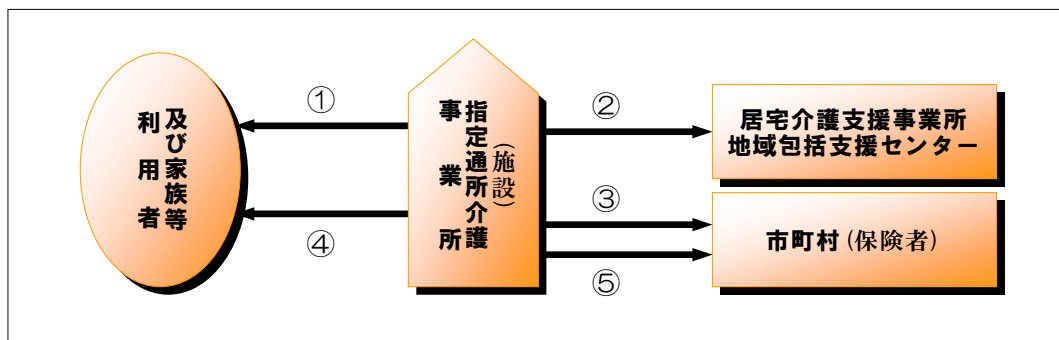
- ① 正当な理由なくサービスを提供しない場合。
- ② 守秘義務に反した場合。
- ③ お客様やご家族に対して社会通念上逸脱する行為を行った場合。
- ④ 当社が破産した場合。

(エ) 料金の遅延

お客様が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、7日以内に支払わない場合、サービスを終了することがあります。

8. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故等があった場合は、下図に従い必要機関に速やかに連絡し、必要な措置をとります。



① 利用者の家族等への連絡

事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講ずるとともに、速やかに家族等に事故の発生状況及び今後の対応等について説明する。軽度の事故であっても、連絡をする。

② 居宅介護支援事業所への連絡(居宅サービスを利用している場合)

地域包括支援センターへの連絡(介護予防通所介護および総合事業における通所介護のサービスを利用している場合)

事故により介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントに変更が生じる可能性も考えられるので、担当の介護支援専門員または、地域包括支援センターの担当者に利用者の状況を連絡する。

③ 事故発生の報告

事故により利用者の要介護認定に影響する可能性がある場合は、事故の概要を速やかに市町村(保険者)に報告する。なお、事故が食中毒や伝染病等地域性を有する場合は、指定居宅介護事業所の所在する市町村へも報告する。

④ 損害賠償等の措置

所定の手続きに従い利用所及び家族等と話し合い。必要な損害賠償等を行う。なお、当事業に於いては、社会福祉施設総合保険に加入しており、事故発生時には当該保険にて対応いたします。

⑤ 処理結果及び再発防止策の報告

③の事故発生の報告を行った場合は、処理結果、事故発生の原因及び再発防止策を策定し、市町村(保険者)に報告する。

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、速やかに主治医等への連絡等の必要な措置を講じます。なお、主治医とは、利用者状況調書に記載された病院の医師のことを指します。

10. 非常災害対策

- ◆ 消防法施行規則第3条の規定に基づき、消防法第8条に規定する防火管理者(猪俣 仁)を設置して、非常災害対策を行なっていく。
避難訓練は、年2回実施する。
- ◆ 非常災害設備を有効に保持し、常時、火災予防につとめる。
- ◆ 火災や、地震等の災害が発生した場合は、利用者の安全を最優先とし、非常経路よりすみやかに誘導する。
- ◆ 防火管理者は、従業員に対して、消防訓練、防火教育を実施していく。
- ◆ その他、災害防止については、必要に応じて対処していく。

11. サービス内容に関する苦情

当社以外に、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。

市町村名： 喜多方市

担 当： 介護保険係 0241 - 24 - 5231

◀ 相談・要望・苦情等の窓口

介護予防通所介護および総合事業における通所介護に関する相談・要望・苦情等は
サービス提供責任者または
下記窓口までお申し出下さい

☆ サービス相談窓口 ☆
電話番号： 0241-23-2772 担当者：高畠 翔大
受付時間： 9：00～17：00 (月～金曜日)

12. 第三者評価の実施状況

実施の有無 無し

◀ その他

重要事項説明確認書

利用者(氏名) _____ 及び、その家族は、介護予防通所介護、総合事業における通所介護を受けるにあたり、介護予防通所介護、総合事業における通所支援事業者より、重要事項説明書に記載された内容の説明を受け了承いたしました。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

【事業者】 福島県No. **0770800779**

<事業社名> デイサービス 楽 蔵

<住所> (〒966-0914)

福島県喜多方市豊川町米室字二条川原 1878-6

<代表者名> 猪 俣 由 美 印

<説明者> _____

【利用者】

<住所> 〒 _____

<氏名> _____

【代理人】

<住所> 〒 _____

<氏名> _____