

介護予防通所介護（老人デイサービスセンター 寿和苑）

サービス内容説明書・重要事項説明書

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

I 提供するサービス

1. サービス提供日

介護予防通所介護サービス

ご利用日：（ ）曜日

サービスの提供手順は、別紙サービス手順確認書にて確認します。

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要支援状態区分の軽減もしくは悪化の防止、要支援状態の進行の予防になるよう適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし、分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具についてはサービスの提供ごとに消毒したものを用います。

2. 介護予防通所介護計画

- ① 当苑では、あなたの心身の状況やご希望、環境を踏まえて、機能訓練などの目標、そして目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した介護予防通所介護計画を作成します。
- ② この介護予防通所介護計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。

あなたの介護予防通所介護計画は、別紙の通りです。（別紙：介護予防通所介護サービス計画書）
ご不明な点は何なりとご質問下さい。

3. 担当職員

あなたの担当職員は、以下の通りです。

- ・生活相談員 1人（常勤専従 1人・非常勤 1人）
- ・看護職員 2人（常勤兼務 1人・非常勤兼務 1人）
- ・介護職員 2人（常勤専従 1人・非常勤専従 1人）
- ・機能訓練指導員 1人（看護職員が兼務）
- ・管理栄養士 1人（併設施設と兼務）

上記の責任者は 施設長 河内美文 です。

4. 担当職員の変更

- ① あなたはいつでも担当職員の変更を申し出ることができます。その場合、当苑では代替りの職員がいらないなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当苑では、担当職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

5. 利用料

介護予防通所介護サービスの利用料及びその他の費用は以下のとおりです。(1月あたり)

(単位 円)

要支援		1	2	備考
保険適用内 (1割負担)	介護利用料	1,647	3,377	
	サービス提供体制加算	24	48	
	介護職員処遇改善加算	67	137	
保険適用外	食費	740	740	*食費は、1日分です。
1割負担者 合計		2,478	4,302	
保険適用内 (2割負担)	介護利用料	3,294	6,754	
	サービス提供体制加算	48	48	
	介護職員処遇改善加算	134	272	
保険適用外	食費	740	740	*食費は、1日分です。
2割負担者 合計		4,216	7,814	

あなたの1ヶ月あたりのご利用料の目安は、_____円となります。

- ① 介護予防通所介護サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。ただし、介護保険制度改訂により利用料等が変更することがあります。
- ② 提供される介護予防通所介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③ 当苑では、あなたに対し毎月15日までに、前月のサービス提供日、利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添えて送付します。
- ④ 毎月の利用料は、毎月23日に前月分の利用料を口座振替又は、振込にてお支払いいただきます。(他のお支払方法をご希望の方はお申し出ください。)

6. キャンセル

介護予防通所介護サービスをキャンセルする場合は、利用日の朝 8:30 までに連絡してください。連絡なくキャンセルされた場合は、利用料自己負担分の 50%のキャンセル料をいただくことがあります。

7. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますのでお申し出下さい。

8. 情報提供

サービス担当者会議等において利用者、家族の個人情報を用いる場合があります。

9. 事故発生時の対応

- ① サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村及び家族等に連絡を行うと共に、必要な処置を講じます。
- ② サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。但し、施設の責に帰するべからざる理由等による場合は、この限りではありません。

10. 身体拘束の廃止

利用者の方に対する身体拘束は、行いません。但し、やむを得ず身体拘束をさせていただく場合は、利用者又はご家族の同意を得た上で、身体拘束廃止委員会の承認後、しかるべき身体拘束をさせていただきます。

II. あなたに対する介護予防通所介護サービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 武芸会
主たる事務所の所在地	岐阜県関市武芸川町跡部 1555 番地の 1
法人種別	老人福祉施設
代表者名	河内 美文
電話番号	(0575) 46-1131

2. ご利用事業所

介護保険法令に基づき指定を受けている事業所名称（指定番号）	老人デイサービスセンター 寿和苑 (2170900175)
介護保険法令に基づき指定を受けている居宅介護サービスの種類	介護予防通所介護
所在地	岐阜県関市武芸川町跡部 1555 番地の 1
電話番号	(0575) 46-1131

3. 事業の目的と運営方法

ご契約者（利用者）が、その有する能力に可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することにより利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図る援助をすることを目的としています。

4. ご利用事業所の職員体制

事業所の従業者の職種	員数	勤務の体制
生活相談員	1名以上	常勤1名以上
看護職員	1名以上	常勤1名以上
介護職員	2名以上	常勤1名以上
機能訓練指導員	1名以上	看護職員と兼務1名以上 13:00～15:00
管理栄養士	1名以上	常勤（併設施設と兼務）

5. 営業時間

営業日	月～金
営業時間	9:10～16:20

6. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口

ご利用時間	平日 9:00~17:00
ご利用方法	電話 (0575) 46-1131・面談 (寿和苑 面談室)

7. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	乾 医院
	所在地	岐阜県関市武芸川町高野 590 - 1
	電話番号	(0575) 46 - 2017
	医療機関の名称	中濃厚生病院
	所在地	岐阜県関市若草通り 5 - 1
	電話番号	(0575) 22 - 2211

緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

平成 年 月 日

(乙) 当事業者は甲 1 に対する介護予防通所介護サービスの提供開始にあたり、甲 1、甲 2 に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 介護予防通所介護サービス事業者
岐阜県関市武芸川町跡部 1555 番地の 1
社会福祉法人 武芸会
理事長 河内 美文 印

主たる事業所
老人デイサービスセンター 寿和苑

説明者 氏名 印

(甲) 私はサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲 1) 利用者	住所	
	氏名	印

(甲 2) 利用者家族	住所	
	氏名	印

※この説明書は、平成28年11月2日より施行させていただきます。