

通所介護

デイサービスこころくぼり

【重要事項説明書】

社会福祉法人 相志会

デイサービスこころくぼり

通所介護 重要事項説明書

当施設が提供するサービスについての相談窓口

(1) 電話番号：0566-76-4150 FAX：0566-76-4177 (8時30分～17時30分)

(2) 管理者：棚田恵里

(3) 生活相談員：水野ひとみ 棚田恵里 杉村智子

営業日 月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日

1. デイサービスこころくばりの概要

(ア) 提供できるサービスの種類

通所介護及び付随するサービス

(イ) 施設の名称及び所在地

施設名称	介護複合施設こころくばり
所在地	愛知県安城市篠目町竜田 155 番
法人名	社会福祉法人 相志会
代表者名	理事長 伊原 博司
サービス提供責任者名	管理者 棚田 恵里
電話番号	0566-76-4150
サービスの種類	通所介護
介護保険事業者番号	2373102124 (平成 30 年 4 月指定)
事業所名	デイサービス こころくばり
利用定員	30 名
サービス提供地域	安城市、知立市 刈谷市 (板倉町・野田新町・半城土北町)

(ウ) 職員の体制

職種	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名	0名	施設の業務を統括	1名
生活相談員	1名以上	0名	生活相談、入退所調整等 (介護職員と兼務)	1名以上
看護職員	2名以上		医療・健康管理業務等 (2名は当事業所機能訓練指導員、介護職員と兼務、4名は当施設の看護小規模多機能型居宅介護の看護職員と兼務、当事業所の機能訓練指導員と兼務)	2名以上
機能訓練指導員	2名以上		機能訓練の実施 (2名は当事業所看護師、介護職員と兼務、4名は当施設の看護小規模多機能型居宅介護の看護師と兼務、当事業所の看護師と兼務)	2名以上
介護職員	10名以上		日常生活上の介護、援助、相談等	10名以上

(エ) 施設の設備の概要

定員	30名
浴室	一般浴槽、大浴場
静養室	ベット 2台

2. サービス内容

(ア) サービス提供地域

原則、安城市、知立市、刈谷市（板倉町、野田新町、半城土北町）、がサービス提供地域です。その他の地域の方は予めご相談ください。

(イ) サービス提供時間は、9時15分～16時20分です。

(ウ) サービス提供対象は、要介護認定を受けている方で、要介護1～5の方です。

(エ) 送迎

施設送迎

- ① 予め入退所時間の調整や乗降車の介助の有無、施設車両の態様などに合わせて、利用前にお知らせ致します。
- ② 利用者およびその家族の希望に沿って適切に実施しますが、天候や交通事情などにより予告なく送迎時間を変更する場合がありますので、ご了承ください。

(オ) 予約

- ① 原則、担当の介護支援専門員へお申し込み下さい。

(カ) 個別援助計画の作成

利用者の心身状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、サービスの継続性に配慮して、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した計画を作成します。

(キ) 食事

- ① 昼食・おやつに1日に2回の食事を、おおむね下記の通り提供します。

	提供開始時間	提供終了時間
昼食	12:00	14:00
おやつ	15:00	16:00

- ② 利用者の心身状況および嗜好を考慮した食事を、上記の時間に提供します。

③ 食事形態は下記の通りです。

	形態種別	量
主食	普通・軟飯・粥・ペースト	1/2・2/3
副食	普通・一口大・粗キザミ・極キザミ・ムース	1/2・2/3・1/3
汁物	普通・トロミ剤の有無・具材の有無	1/2

④ 上表以外でも、ご利用者様の心身状況および嗜好を考慮した食事形態や量など予めご相談ください。

⑤ 通常メニューの他に医療上必要な場合など特別食を用意しています。

(ク) 入浴

① 利用者の心身状況に合わせて、適切な入浴介助を実施します。

② 入浴設備・環境は、利用者の心身状況に合わせて選択させていただきます。

(ケ) 日常生活動作の機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身の状況に合わせて、日常生活を送るために必要な機能の回復、または減退を防止するための訓練を実施します。入浴、排せつ、食事などの日常動作等において利用者の状況に合わせて適切な支援を実施することにより、自立支援に努めます。

(コ) 介護

ご希望や状態に応じ、着替え、口腔、整容、排泄、食事等のケア、体位変換、シーツ交換、移動の付添いの他、安楽な離床、その方らしさを配慮した生活を援助します。

(サ) レクリエーション

花見、夏祭り、敬老会など年間行事を行います。

行事によっては別途参加費などがかかります。その都度、利用者およびその家族への説明を経て承諾の上、行います。

(シ) 生活相談

生活相談員に、介護以外での日常生活に関することを含め相談ができます。

(ス) 緊急時の対応

利用者の容態変化等があった場合は、主治医に連絡するなど必要な処置を講ずる他、家族へ速やかに連絡します。

(セ) 安全管理

防災、避難訓練など設備を含め安全に利用できるよう常時配慮しています。

(ソ) 健康状態の確認

バイタルチェック、入浴可否の判断、必要に応じた医療処置など健康状態の確認を実施いたします。

3. 料金

(1) 利用料金

通所介護				
要介護度	単位	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	658	675	1351	2027
要介護2	777	797	1595	2393
要介護3	900	924	1848	2772
要介護4	1023	1050	2101	3151
要介護5	1148	1178	2357	3536

上表は、1日あたりの基本サービス費で要介護1～5の方が対象です。

滞納処分や給付制限措置がある方は上図とは異なる負担割合ですので、利用時に介護保険被保険者証を確認して下さい。また、負担割合証に記載されている負担割合も確認して下さい。

<加算>

サービス内容/種類	単位
入浴介助加算 I	40
入浴介助加算 II	55
個別機能訓練加算(I)イ	56
個別機能訓練加算(I)ロ	76
個別訓練加算 II	20
科学的推進体制加算	40
介護職員処遇改善加算 II	所定単位数に 9.0%乗じた額
送迎未実施減算(片道)	△47

① 食費 (要介護 1~5 の方が対象です)

昼食	おやつ
730 円	120 円

② 事業の実施地域外への送迎

通常の事業の実施地域を超えて行う送迎については、以下のようにその実費を申し受けま
す。

- (ア)実施地域を超えた地点から片道 20 キロメートル未満 600 円
(イ)実施地域を超えた地点から片道 20 キロメートル以上 1000 円

(2) 別途料金

その他の料金項目	1 件あたりの金額(円)
オムツ	70 円
リハビリパンツ	50 円
パッド	40 円
トロミ剤	15 円
教養娯楽 クラブ活動費	実費

(3) キャンセル料

利用者の都合により利用をキャンセルする場合は以下の通りキャンセル料を申し受けます。

(ア) 2時間未満の利用

(基本単位数×10.27円×30%)＋昼食代(730円)＋おやつ代(120円)

(イ) 前日 17 時までに申し出無

基本単位数＋昼食代(730円)＋おやつ代(120円)

(ウ) 前日 17 時までに申し出有

無料

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2 時間未満の利用	2877	3243	3622	4001	4386
前日 17 時までに申し出無	1508	1627	1750	1873	1998
前日 17 時までに申し出有	0	0	0	0	0

4. 施設利用の留意事項

(1) サービスの利用方法

① サービスの利用申し込み

既に居宅サービス計画を作成されている方は、事前に介護支援専門員にご相談の上、申し込み下さい。初めて利用される方は、利用前に当施設を見学することができますので、予めご相談ください。原則、当施設職員が利用前に契約・説明など伺います。その後は、前文の通り介護支援専門員にご相談し電話で申し込むことができます。

② 利用中の中止

以下の通り、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

退所事由・事例
利用者が利用中止を希望した場合
利用日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合
他の利用者から苦情があまりにひどく多い場合、またはその苦情が解消されないと施設が判断した場合

上記以外に利用を継続することが難しいと当施設が判断した場合はサービスを中止する場合があります。

③ サービス利用契約の終了

利用者の都合でサービス利用契約を終了される場合は、口頭で申し出ることにより解約ができます。この場合、その後の予約は全て無効となります。

④ 自動終了とは、双方の通知がなくても以下の場合は解約となります。

利用者が介護保険施設に入所した場合	入所日の翌日
要介護認定区分が非該当と認定された場合	非該当となった日
死亡の場合	死亡日の翌日

⑤ その他のサービス利用の中止および契約終了の留意事項

利用者が、サービス利用料の支払期限(請求書が届いた月末)までに支払うことがなく、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、その催告から15日以内に支払わない場合、またはご利用者様やご家族様などが当施設や当施設の従業員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、サービス利用契約を終了する場合があります。

やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合は契約を終了する場合があります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知します。

上記の事由により契約が終了した場合であって、ご利用者様のやむを得ない事由によりその契約終了日の翌日以降に施設を利用することとなる場合は、その利用に要する実費を請求します。

(2) 支払方法と料金の変更

① 支払方法

毎月 18 日前後に前月分の請求をしますので、同月 27 日までに口座引き落としにてお支払いをお願い致します。

② 料金の変更

介護保険関係法令の改正等により料金に変更になる場合は、事前に説明し、その変更 30 日前までに文書で通知します。

(3) その他の留意事項

喫煙	指定した場所(1階喫煙所にて、8:45~17:45)で喫煙して下さい。
設備・器具の利用	介護の必要な器具は、原則として無償で利用できます。但し、特殊な器具については購入が必要な場合があります。
受託物の管理 (金銭、貴重品等の持込み)	多額の現金や貴重品の持込みがある場合は、予め申し出ください。利用者がこれらを施設に預けず利用中に紛失・破損があった場合は、一切の責任を負いません。また、必要時ないし一時的にこれらを預かる場合は、利用者およびその家族に対し文書で取り交わします。施設内で厳重に収納・保管できますが、その場所に限りがあり一部お返しする場合がありますので、ご了承ください。
病医院へ受診される場合	容態急変時に当施設で対応しますが、それ以外の状況で直ちに救急要請を必要とせず、診療が必要と判断した場合は、その旨を家族へ連絡し対応をお願いすることがあります。
宗教活動・ペット	施設内および敷地内において、お断りします。

(5) 苦情相談の窓口 (※個人の情報は守られ相談は無料です)

通所介護に関する相談、苦情等は、苦情相談窓口まで申し出ください。

なお、当該窓口相談しにくい場合は公的苦情相談窓口にご相談ください。

苦情相談窓口	
棚田恵里 (管理者) 水野ひとみ (生活相談員)	電話番号 0566-76-4150 FAX 0566-76-4177 8時00分～17時00分
苦情解決体制 第三者委員	
安城市役所 高齢福祉課 介護保険係	所在地 安城市桜町18番23号 電話番号 0566-71-2290 FAX 0566-76-1112
刈谷市役所 長寿課 管理係・高齢福祉係 介護保険企画係・介護認定給付係	所在地 刈谷市東陽町1丁目1番地 電話番号 0566-62-1063 電話番号 0566-62-1013 FAX 0566-24-2466
知立市役所 長寿介護課 長寿係 介護保険係	所在地 知立市広見三丁目1番地 電話番号 0566-95-0150 電話番号 0566-95-0122 FAX 0566-83-1141
愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係	所在地 名古屋市東区泉一丁目6番5号 電話番号 052-971-4165 FAX 052-962-8870

(6) 第三者評価

第三者評価の実施状況 有 ・ (無)

(7) 事故発生時の対応について

当施設では、サービスの提供時に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故に際して行った措置を記録します。

また、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限って、事業者の損害賠償を免じる場合があります。

(8) 緊急時の対応方法

利用者の容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずる他、家族に対し速やかに連絡致します。

個人情報利用について

〈個人情報保護の趣旨〉

当社が保有する利用者及びその家族に関する個人情報については、正当な利用なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

〈個人情報利用範囲〉

利用者及びその家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に実施するために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供にかかる請求、事務手続のため
- サービス利用の管理運営のため
- 緊急時の医師・医療機関への連絡のため
- 家族及び身元引受人・保証人などへの報告のため
- 法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- 特定の目的のため同意を得たうえで、その利用目的の範囲内で利用する場合

〈肖像権について〉

当社のホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、利用者の映像・写真を使用する場合があります。[]

令和 年 月 日

サービス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。

事業所

<所在地> 愛知県安城市篠目町竜田 155 番

<名称> 社会福祉法人相志会 デイサービスこころくぼり

<説明者氏名> 棚田 恵里

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明と交付を受け、サービスの提供開始に同意しました。

契約者氏名

代理人氏名（署名代理人）

家族代表者氏名