

デイホーム奥上 指定介護予防通所介護に相当する第1号通所事業重要事項説明書

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 株式会社 恵
- (2) 法人所在地 広島県福山市沼隈町大字草深 1283 番地 1
- (3) 電話番号 084-987-2234
- (4) 代表者氏名 代表取締役 渡邊 初恵
- (5) 設立年月日 平成 22 年 8 月 12 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業の種類 指定介護予防通所介護に相当する第1号通所事業
(事業所番号 3471506372)

(2) 施設の目的 指定介護予防通所介護に相当する第1号通所事業は、介護保険法令に従い、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利用者に、介護予防通所介護に相当する第1号通所事業サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 デイホーム奥上

- (4) 施設所在地 広島県福山市沼隈町大字草深 1283 番地 1

- (5) 電話番号 084-987-2234

- (6) 管理者氏名 渡邊 初恵

- (7) 当施設の運営方法

- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・明るく家族的な雰囲気有し、地域や家族との結びつきを重視した営業を行います。
- ・市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、他の医療保健サービス及び福祉サービスとの密接な連携に努めます。
- ・「自立に向けた支援」を基本に生活リハビリを中心とした日常生活動作援助、機能訓練を行います。

- (8) 開設年月日 平成 22 月 12 月 1 日

- (9) 通常の業務の実施地域

通常の事業の実施地域は、広島県福山市沼隈町、内海町の区域とする。その他地域については相談とする。

- (10) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|------------------------------------|
| 営業日 | 毎週月曜日から土曜日 ただし、12月30日から1月3日は除く。 |
| 受付時間 | 月～土曜日 午前8時30分～午後5時30分 |
| サービス提供時間 | 月～土曜日 午前9時00分～午後4時30分 |

- (11) 利用定員 10人/1日

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定介護予防通所介護に相当する第1号通所事業サービス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。

<主な職員の配置状況>

| 職種 | 人数 | | 備考 |
|------------|--------|---------|----------------------|
| 1. 管理者 | 常勤 1 名 | | 生活相談員兼務 |
| 2. 生活相談員 | 常勤 1 名 | | 管理者兼務 |
| 3. 介護職員 | | 非常勤 4 名 | 専従 3 名・機能訓練指導員兼務 1 名 |
| 4. 機能訓練指導員 | | 非常勤 1 名 | 介護職員兼務 |

<主な職種の勤務体制>

| 職種 | 勤務体制 | |
|---------------|--------|------------------------------|
| 1. 管理者, 生活相談員 | 毎週月～土曜 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 |
| 2. 介護職員 | 毎週月～土曜 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分 |
| 3. 機能訓練指導員 | 毎週水曜日 | 午後 1 時 00 分～午後 2 時 00 分(1 人) |

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合。
- (2) 利用料金の金額を利用者に負担いただく場合。

があります。

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分の通常 9 割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①入浴

・入浴を行います。

②排泄

・利用者の排泄の介助を行います。

③機能訓練

・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④生活指導

・サービス利用にあたって、又は日常生活における相談等を生活相談員が対応します。

⑤送迎

・ご自宅まで施設車にて送迎を行います。

<サービス利用料金>

以下の料金表によって自己負担額をお支払下さい（表示は利用者の要支援に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額です。サービスの料金は、ご契約の介護度に応じて異なります。）

| | 要支援 1 | 要支援 2 |
|----------------------|-------------|-------------|
| 1. サービス利用料金（1 月あたり） | 1,798（入浴含む） | 3,621（入浴含む） |
| 自己負担額合計（1 月あたり）※食費除く | 1,798 | 3,621 |
| 2. 食費（実費）（1 日あたり） | 400 | |

☆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、利用者の負担額を変更します。

☆利用者がいまだ要支援認定を受けていない場合又は介護予防通所介護相当サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料金をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後又は介護予防通所介護相当サービス計画作成後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、利用者の保険給付の申請を行うために必要な事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食費（食材料費 おやつ等含む）

食材料費として1日400円（税込）いただきます。

② 教養娯楽（外出行事を含む）

利用者が個別に楽しめる手芸、書道、絵画等の材料は準備します。

外出行事（ご希望者）の際の入場料等については個人負担をいただく場合があります。

利用料金：要した費用の実費

※当施設でリハビリの一環として利用者の大多数が参加するものについては当施設が負担します。

③ 複写物の交付

利用者は、介護保険のサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

利用料金：1枚につき10円（税込）

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代等・・・・・・・・・・リハビリパンツ 1枚につき100円（税込） ガーゼ代 50円（税込）

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、サービス利用終了時にその合計額を直接事務所へお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期日前において、(利用者様の都合にて)介護予防通所介護に相当する第1号通所事業サービスの利用を中止又は変更、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者申し出て下さい。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事務所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

5. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

「職名」管理者兼生活相談員 渡邊 初恵

○受付時間 毎週 月曜日～土曜日

午前8時30分～17時30分

(2) 行政機関その他苦情受付期間

| | | |
|--------------------------|------|---------------------------|
| 福山市長寿社会応援部 介護保険課 | 所在地 | 〒720-8501 福山市東桜町3番5号 |
| | 電話番号 | 084-928-1166 |
| | 受付時間 | 午前8時30分～午後5時15分（土日祝日を除く） |
| 広島県国民健康保険団体連合会介護保険課介護第二係 | 所在地 | 〒730-0004 広島市中区東白島町19番49号 |
| | 電話番号 | 082-554-0783 |
| | 受付時間 | 午前8時30分～午後5時15分（土日祝日を除く） |

6. 事故の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町等に連絡など必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

指定介護予防通所介護に相当する第1号通所事業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。

年 月 日

株式会社 恵 デイホーム奥上

説明者職名 管理者兼生活相談員 氏名 渡邊 初恵 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防通所介護に相当する第1号通所事業サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____ 市 _____ 町 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____ 市 _____ 町 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続き柄 _____