

重要事項説明書

寄り合い処ふらっとかすが

エフビー介護サービス株式会社

地域密着型通所介護 重要事項説明書

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 025-521-0361 (受付時間: 月曜日～金曜日 9時～17時)
担当 管理者 福島 美千子

1. 概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	寄り合い処ふらっとかすが
所在地	上越市木田二丁目 16 番 50 号
介護保険事業所番号	1570303543 (指定年月日: 2014 年 3 月 1 日)
通常の事業の実施地域	上越市

(2) 同事業所の職員体制

従業員の職種	資格	従業員数	業務内容
管理者	介護福祉士等	1 名	事業所の従業者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士等	2 名以上	センターの利用申し込みに関わる調整・相談・援助・通所介護計画書の作成等
機能訓練指導員	看護師等	1 名以上	利用者の心身状態の維持・向上のための訓練指導、助言等
事務員		1 名以上	
看護職員	看護師等	1 名以上	利用者心身状況の把握、健康管理等
介護職員	介護福祉士等	2 名以上	利用者の心身状況の把握、センターでの日常介護等

(3) 同事業所の設備の概要

食堂兼機能訓練室	2 室 50.129 m ²
浴室	一般浴槽
静養室	1 室 1 床
相談室	1 室
送迎車	3 台

(4) 利用定員・営業日

利用定員	15 名
営業日	月曜日～土曜日 (ただし年末年始を除く)
営業時間	8 時 30 分 ～ 17 時 30 分
サービス提供時間	8 時 30 分 ～ 17 時 30 分 (時間延長もあります)

2. サービス内容

(1) 送迎

- ① 原則として、玄関の中までお迎え、お送りをいたします。

身体的・環境的等の諸事情がある場合は、利用者様、ご家族と話し合いを行い提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。

- ② 送迎時間につきましては、交通事情等で10分以上遅れる場合がございます。その際は事業所より電話連絡いたします。
- ③ 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので、長時間待機することはできません。利用者様、ご家族のご協力をお願いします。
- ④ 乗車中は、安全の為、全席シートベルトの着用をお願いしております。
- (2) 食事 (但し、食材料費及び調理費は別途いただきます。)
栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体状況を考慮した食事を提供します。
- (3) 入浴
身体状況に応じた浴槽で入浴していただけます。当日の体調によりシャワー浴または清拭となる場合があります。
- (4) 排泄
利用者様の排泄の介助を行います。
- (5) 機能訓練
 - ① 利用者様の身体状況等に応じた運動や趣味活動、季節に合わせた行事など、利用者様の希望を取り入れたレクリエーション活動・訓練を行います。
 - ② 個別機能訓練を実施する場合は、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画書を作成し、それに基づき日常生活を営むのに必要な機能の低下を防ぐためのサービスを提供します。
- (6) 健康管理
ご利用日には必ず健康チェック（血圧・体温・脈拍等）を行います。
- (7) 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にも随時応じます。

3. 料金

(1) 利用料金

① 通所介護利用料（要介護1～5の方）

利用料は給付費の原則1割で、下記のとおりです。但し、負担割合証に応じて2割または3割負担の場合もあります。介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。介護保険制度では、要介護認定による介護度によって利用料が異なります。

以下は1日利用あたりの自己負担分となります。

(基本料金)

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護1	416円	436円	657円	678円	753円	783円
要介護2	478円	501円	776円	801円	890円	925円
要介護3	540円	566円	896円	925円	1032円	1072円
要介護4	600円	629円	1013円	1049円	1172円	1220円
要介護5	663円	695円	1134円	1172円	1312円	1365円

(延長加算)

9時間以上 10時間未満	10時間以上 11時間未満	11時間以上 12時間未満	12時間以上 13時間未満	13時間以上 14時間未満
50円	100円	150円	200円	250円

(加算料金) ご利用状況に応じて加算があります。

若年性認知症利用者受入加算	1日あたり	60円
入浴介助加算(Ⅰ)	1日あたり	40円
入浴介助加算(Ⅱ)	1日あたり	55円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1日あたり	56円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	1日あたり	76円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月あたり	(Ⅰ)に上乗せ20円
中重度ケア体制加算	1日あたり	45円
認知症加算	1日あたり	60円
栄養改善加算	1回あたり(月2回まで)	200円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1日あたり(月2回まで)	150円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1日あたり(月2回まで)	160円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1回あたり(半年に1回)	20円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	1回あたり(半年に1回)	5円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1か月あたり	100円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1か月あたり	200円
ADL維持等加算(Ⅰ)	1か月あたり	30円
ADL維持等加算(Ⅱ)	1か月あたり	60円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日あたり	22円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日あたり	18円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日あたり	6円
栄養アセスメント加算	1か月あたり	50円
科学的介護推進体制加算	1か月あたり	40円

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1か月あたり	所定単位数に9.2%を乗じた金額
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1か月あたり	所定単位数に9.0%を乗じた金額
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	1か月あたり	所定単位数に8.0%を乗じた金額
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	1か月あたり	所定単位数に6.4%を乗じた金額

② 昼食/おやつ代 1食あたり 昼食：750円(実費) おやつ代：50円

③ その他

おむつ代・レクリエーションにかかる費用などは自己負担となります。

※なお、通常の事業地域を越えて行なう送迎の費用として、1kmごとに105円の自己負担が掛かります。(送迎の範囲・・・上越市)

④ キャンセル料

利用者様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をいただく場合があります。

ア. ご利用日の当日8時30分までにご連絡いただいた場合：無料

イ. ア以外の場合：500円

なお、ご利用者が入院等特別な状態になった場合は、当日のキャンセルであっても料金の請求はいたしません。

(2) 支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、原則口座引き落としとします。現金集金をご希望の方はご相談下さい。

4. 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 法人の運営方針

「介護方針」～私たちが大切にしている4つのケア～

① 個別ケア

ひとりひとりが歩んでこられた人生への理解と共感に基づき、笑顔と生きがいと役割を持ち続けられるように、自立支援を基盤としたケアを行います。

② 認知症ケア

認知症の正しい理解に基づき、ひとりの「人」としての尊厳を大切にして、その人らしく安心して過ごせる居場所と関わりを提供します。

③ 看取りケア

穏やかな日々の暮らしの場で安らかな旅立ちを迎えられるように、さまざまな職種のスタッフが協力して、ご本人とご家族に寄り添い支えます。

④ 地域ケア

住み慣れた地域で安心して最期まで生活が送れるように、法人内外の組織や地域住民の方々との連携を図り支援します。

(2) サービス利用のために

① 送迎時間につきましては、あらかじめ利用者様の方と相談し連絡いたします。行事等を実施する時は、通常の見送時間と異なる場合がありますのでご注意ください。

② ケアプラン等に基づいた時間でのご利用となりますが、変更を希望される方は、ご相談ください。

③ 長期入院等により利用を中止された場合、再利用時に曜日の変更等がある場合があります。

④ 従業員に月1回研修を実施しています。

(3) 協力医療機関

やまもとクリニック（住所）上越市木田1丁目3番31号（電話）025-520-9130
--

5. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、適切な処置を行うとともに、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

6. 事故発生時の対応方法について

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご家族、ご利用者がお住いの市町村等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

万一の事故に備え損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社	あいおいニッセイ同和損保	
保険名称	介護保険・社会福祉事業者総合保険	
保険内容	対人賠償	5,000 万
	対物賠償	500 万
	管理財物	100 万
	使用不能	3,000 万
	人格権侵害	500 万
	見舞金	0.3 万～5 万（治療・入院等による）
	事故対応費用	500 万
	経済的損害	100 万

7. 非常災害対策

- ・ 防災設備 消火器 2 本
- ・ 防災訓練 年 2 回以上実施
- ・ 防火責任者 防災担当職員

8. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所 利用者様相談・苦情担当

電 話 025-521-0361（受付時間：月曜日～金曜日 9時～17時）

担 当 管理者

(2) その他

当事業所以外に、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。

上越市役所 高齢者支援課 電話 025-526-5111

新潟県国民健康保険団体連合会 電話 025-285-3030

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

10. 当法人の概要

名称・法人種別 エフビー介護サービス株式会社

代表者役職・氏名 代表取締役 柳澤 美穂

本社所在地・電話番号 長野県佐久市長土呂 159 番地 2 0267-88-8188

11. 運営推進会議の設置

当事業所では、地域密着型通所介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言をうけるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

構成：ご利用者・利用者の家族・市の職員・地域包括支援センター職員
地域の区長 民生委員 等

開催：概ね6月に1回以上開催

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

12. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) ご利用当日、利用者様の体調確認のため、朝の体温・朝食量をご確認いただき、少しの変化でもお迎えに上がったスタッフへご連絡ください。また、ご本人様の体調によっては、当日ご利用をご遠慮いただく場合がありますのでご了承ください。
- (2) センター到着後、利用者様より体調不良の訴えが聞かれた際には、可能な限りセンターでお過ごしいただけるよう支援いたしますが、改善が見られず看護師より病院受診等の判断があった際には、ご家族様・その他緊急連絡先の方へ速やかに連絡し、病院受診等の対応をご依頼する場合がありますのでご理解・ご協力をお願いいたします。
- (3) 送迎時ご家族様が不在となる場合には、事前にスタッフへご連絡ください。また、不在の際のご自宅施錠に関しては玄関の施錠のみとさせていただきます。なお、送迎後のご自宅での状態悪化やご自宅内での物の紛失等に関しましては、一切の責任を負いかねますのでご了承下さい。

13. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者
-------------	-----

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
 - ③ 苦情解決体制を整備しています。
 - ④ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。
 - ⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
 - ⑥ 虐待の防止のための指針を整備します。
 - ⑦ 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかにこれを市町村に通報するものとします。

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者	法人	エフビー介護サービス株式会社 ㊞
	法人所在地	長野県佐久市長土呂 159 番地 2
	事業所名称	寄り合い処ふらっとかすが
	事業所番号	1570303543
	事業所住所	新潟県上越市木田二丁目 16 番 50 号
	説明者	福島 美千子

私は、契約書及び本書面により事業所から地域密着型通所介護についての重要事項の交付及び説明を受け、内容について承諾しました。

利用者	住所	
	氏名	㊞

代理人	住所	
	氏名	㊞

連帯保証人	住所	
	氏名	㊞