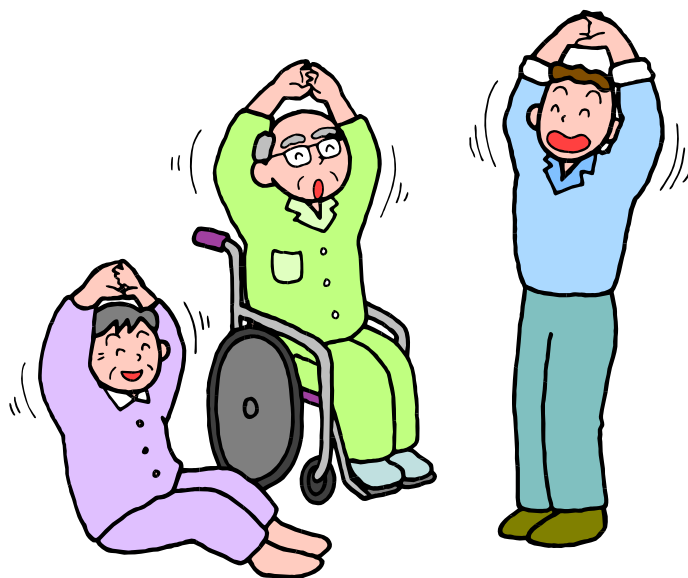


介護予防日常生活支援総合事業・第1号通所事業

スキップデイサービスセンター

重要事項説明書

通所介護生活相談員



□ サービスの受付・相談窓口

電話 0229-38-1153

営業時間 午前7時30分～午後6時00分

〒989-4413

宮城県大崎市田尻通木字中崎東10-1

大崎市田尻スキップセンター内 TEL0229-38-1153 Fax0229-39-0862

様

介護予防日常生活支援総合事業・第1号通所事業を受ける方々へ

スキップデイサービスセンター（介護予防日常生活支援総合事業・第1号通所事業）には、次のような特徴があります。

1. 相談、通所介護計画作成を受ける場合には、通所介護生活相談員が尋ねることに答えていただくことにより、よりよい通所介護計画作成やサービスが受けられます。
2. 私通所介護生活相談員は、必ず皆さんの同意を得て、問題の解決方法についての手だてを考え、それが実際になされるよう援助します。
3. 今後困ったときの相談は、通所介護生活相談員_____がいつも相談にのります。

また、相談を受ける際には、次のようなこともできます。

- (1) あなたが尋ねられたことに答えることを拒否しても、あなたが知りたいサービスなどの情報は提供してくれます。
- (2) 相談の中でどのようなことを決定するにしても、予めあなたからの了解を受けることとなります。
- (3) 相談の中で話し合った内容については、あなたからの了解なしに外部に勝手に漏らすことは絶対ありません。
- (4) このサービスは、あなたがやめたければ、通所介護生活相談員か、通所介護職員に通知することによっていつでもやめることができます。

介護予防日常生活支援総合事業・第1号通所事業の目的や相談者の責任・権利について説明しましたが、何か不明のことがありましたら、どんな質問でもお答えしますので、何なりとお申し付けください。

□ 事業者の理念

- 田尻福祉会は市の福祉行政と連携し、誰もが健康で安心して生活できる長寿・福祉社会の実現に向け、地域社会と共存しながら福祉の充実に努める。

□ 事業所の概要

- 介護予防日常生活支援総合事業・第1号通所事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	スキップデイサービスセンター
所在地	宮城県大崎市田尻通木字中崎東10番地1
介護指定番号	介護予防日常生活支援総合事業 0471501478
サービス提供地域	大崎市の一部(田尻地域, 古川地域),美里町の一部(小牛田地域),栗原市の一部(高清水地域, 瀬峰地域),涌谷町

- 職員体制

資格	業務内容	計
管理者(特養施設長兼務)	総括, 管理	1名
課長	管理	1名
生活相談員 (介護職員兼務)	相談, 計画作成	1名以上
機能訓練指導員	機能訓練	1名以上
事務職員	一般事務	1名以上
看護師	健康チェック	1名以上
介護職員	介護全般	6名以上

- 設備の概要

併設型通所介護

定員	月～金	40名	静養室	1室
	土曜日	30名	相談室	1室
食堂兼機能訓練室	1室(134.5㎡)		送迎車両	4台
浴室	一般及び特殊浴槽			

- サービス提供時間

平日	午前9時から午後4時15分
土曜日 祝日	午前9時から午後4時15分
特別休業日	施設のメンテナンスのため年間数日休む場合があります。
休業日	日曜日 年末年始(1月1日～1月3日)

• サービスの内容

(1) 送迎

- リフト付きワゴン車（車椅子席2）2台
- 軽乗用車 2台

(2) 食事

- 歯科治療中の方々にも食事を楽しんでいただけるよう、お粥、刻み食等、利用者に合った食事を提供いたします。

(3) 入浴

- 一般浴槽（男，女），一人浴槽（男，女）それぞれ2基，特別浴槽（男女兼用）1基を備え，あらゆる方々への入浴に対応できます。
- 自宅での入浴訓練，感染症の方々の入浴にも対応しております。

(4) 運動器機能向上訓練

- 日常動作を中心とした訓練を楽しみながらできるよう配慮しています。

(5) 生活相談

- 居宅介護支援，訪問介護，短期入所生活介護などそれぞれの部門と情報を共有し，利用者はもちろん介護者の健康管理にも気を配ります。

□ 利用料金

下記の料金表によって、（自己負担額）をお支払い下さい。

※お住いの市町村により異なる場合があります。

※下記の自己負担額は、1割負担の金額となります。実際の自己負担割合は、介護保険負担割合証に基づき、利用者負担割合が決定します。

ただし、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。

(1) 介護予防日常生活支援総合事業・第1号通所事業利用料

一ヶ月あたり

（国の標準単位）

	介護給付費	自己負担分（1割）
事業対象者・要支援1	17,980円	1,798円
事業対象者・要支援2	36,210円	3,621円

(2) 各種加算

- a 運動器機能向上加算 2,250円/月（自己負担額225円）
- b 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 200円/月（自己負担額20円）
- c 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 50円/月（自己負担額5円）
- d 栄養アセスメント加算 500円/月（自己負担額50円）
- e 口腔機能向上加算（Ⅰ） 1,500円/月（自己負担額150円）

- f 口腔機能向上加算（Ⅱ） 1,600円/月（自己負担額 160円）
- g 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 2,000円/月（自己負担額 200円）
- h サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
- ①事業対象者・要支援 1 880円/月（自己負担額 88円）
 - ②事業対象者・要支援 2 1,760円/月（自己負担額 176円）
- i サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
- ①事業対象者・要支援 1 720円/月（自己負担額 72円）
 - ②事業対象者・要支援 2 1,440円/月（自己負担額 144円）
- j サービス提供体制強化加算（Ⅲ）
- ①事業対象者・要支援 1 240円/月（自己負担額 24円）
 - ②事業対象者・要支援 2 480円/月（自己負担額 48円）
- k 科学的介護推進体制加算 400円/月（自己負担額 40円）
- l 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 9.2%

(3) 食事提供に要する費用

- ・ 1食あたり 650円（全額自己負担）

(4) その他

- ・ 上記のほか、レクリエーションにかかる費用（材料代など）で日常生活に要する費用に付いては、実費負担となります。
- ・ その他
 - (ア) 9時間以上の通所介護については、1時間当たり要支援1又は要支援2とも900円で全額個人負担となります。
 - (イ) 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた目安の時間を基準とします。
 - (ウ) 利用者の心身の状況変化で、ケアプランに位置づけられた食事ができない場合であっても、通常の利用料をいただくことになります。

※ 保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、上記金額を一旦支払っていただきます。

なお、当事業者からの提供証明書を発行いたしますので、提供証明書を後日お住まいの市町村の窓口へ提出しますと、全額払戻を受けられます。

(5) キャンセル料

キャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

ご利用日の前日午後5時まで（前日が休業日の場合は前々日の午後5時まで）にご連絡をいただいた場合	無 料
ご利用日当日にご連絡をいただいた場合	650円

※ ご利用日が休業日の場合もあります。

(6) その他

- ① 利用者の健康上の理由から、サービスの提供をお断りする場合があります。
- ② 料金のお支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、25日までにお支払いください。お支払い後に領収証を発行いたします。

お支払い方法は、基本的に口座自動引き落としの契約とさせていただきます。

- ③ サービス記録や資料の写しの交付を受ける場合
1枚あたり10円（コピー代として）頂きます。

□ サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でご相談ください。当事業所の職員がお伺いいたします。

通所介護計画作成及び契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当事業者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いただ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 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※ 要介護1以上と認定された場合には、当事業所の指定通所介護をご利用いただけます。

- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当事業者が正当な理由なくサービス提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で解約通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず2週間以内に支払わない場合、または、利用者やご家族などが当事業者や当事業者のサービス従業者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、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます場合があります。

□ 事業者の特徴

(1) 運営方針

利用者の心身の健康維持や向上、または孤独感を解消するとともに、家庭介護の負担軽減を目指し支援する。

(2) 実施利用のために

- ① 生活相談員，看護師，介護職員などの専門スタッフを配置し，これまでスキップデイサービスセンターで蓄積したノウハウを利用者のみなさんに提供してまいります。
- ② 最新のシステムにより，ケアプランに沿った通所介護計画の作成はもとより，実施状況の把握につとめ，随時見直しを行います。
- ③ サービス担当者会議への参加により，利用者の他サービスの状況把握に努めます。

(3) サービス利用にあたっての留意事項

- ・ 送迎時間の連絡
初回利用日前日や必要に応じ送迎時間の連絡をします。
- ・ 体調確認
配布する連絡帳に，利用者の体調など必要事項を記入願います。
- ・ 利用の中止，変更
利用者の健康上の理由により，参加を控えていただくことがあります。
- ・ 食事のキャンセル
利用日当日、食事キャンセルの場合は食事提供に要する費用を請求させていただきます。
- ・ 時間変更
こちらの都合、天候などにより送迎時間を変更させていただく場合があります。

(4) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	○	
時間延長の可否	○	必要であれば対応します。
従業員への研修の実施	○	実務研修を実施しています。
サービスマニュアルの作成	○	随時見直します。
その他		

□ 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化などがあった場合、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等への連絡をいたします。

主治医	病院名 主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名 (続柄)	()
	連絡先	

□ 非常災害対策

毎年、年2回（6月と9月予定）に、利用者を含めた総合防災訓練を行う。

- ・ 防災時の体制

防災計画マニュアルを作成し、担当職員を決めるほか、これに基づく防災訓練を行います。

□ 虐待の防止について

当事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めています。

虐待防止に関する責任者

虐待防止総括責任者	
-----------	--

□ 身体拘束について

当事業者は、利用者に対して身体拘束その他の行動を制限する行為は行いません。ただし、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者及び家族に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

□ サービス内容に関する苦情

① 当事業所のお客様の相談、苦情担当

当事業所の介護予防日常生活支援総合事業・第1号通所事業に関する相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担当 スキップデイサービスセンター

生活相談員 _____

電話 0229-38-1153

受付時間 月～土曜日 午前9：00～午後6：00

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。

- 担当
- ・大崎市役所 田尻総合支所市民福祉課
電話 0229-38-1155
 - ・美里町役場 美里町長寿支援課(美里町健康福祉センターさるびあ館内)
電話 0229-32-2941
 - ・涌谷町役場 涌谷町福祉課
電話 0229-43-5111
 - ・栗原市役所 介護福祉課
電話 0228-22-1350
 - ・宮城県国民健康保険団体連合会 苦情相談係
電話 022-222-7700

年 月 日

介護予防日常生活支援総合事業・第1号通所事業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

所在地 大崎市田尻通木字中崎東 10 番地 1
名称 スキップデイサービスセンター

説明者 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者並びに利用者の家族情報の使用許諾書

私および家族は、指定通所介護事業・第1号通所事業者が通所介護契約書第10条2項及び3項の利用者の個人情報並びに利用者の家族の個人情報について、よりよい通所介護計画作成のため、居宅介護支援事業者が行うサービス担当者会議等において使用することを許諾いたします。

年 月 日

社会福祉法人 田尻福祉会
スキップデイサービスセンター
管 理 者 大久保 諭 殿

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印