

デイサービスかなで

重要事項説明書

当事業所が提供する介護予防通所介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	株式会社コモード
主たる事務所及び事業所の所在地	静岡県菊川市下内田 4044 番地の 1
電話番号	0537-37-1220
代表者	代表取締役 横道克彦

事業所の名称	デイサービスかなで
介護保険事業所番号	2276800204
指定年月日	平成 24 年 10 月 15 日
交通の便	稲荷部公会堂バス停から徒歩 3 分
通常の事業の実施地域	菊川市、掛川市

2. 事業者の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤務の体制	
管理者	介護福祉士	1 人	常勤兼務 1 人	
生活相談員	介護福祉士	1 人	常勤兼務 1 人	(介護職員)
	介護福祉士	1 人	非常勤兼務 1 人	
看護職員	正看護師	2 人	常勤兼務 2 人	
機能訓練指導員	作業療法士	1 人	常勤兼務 1 人	
	理学療法士	1 人		非常勤専従 1 人
	鍼灸あん摩マッサージ師	1 人	常勤兼務 1 人	
	正看護師	2 人	常勤兼務 2 人	
介護職員	介護福祉士 (6 人)	9 人	常勤兼務 3 人	非常勤専従 2 人
	ヘルパー 2 級 (3 人)		常勤兼務 2 人	非常勤専従 1 人

3. 介護予防通所介護施設の概要

定 員	単独型 40 人 (1 単位)
食堂及び機能訓練室	128.72 平方メートル
浴 室	一般浴槽・特殊浴槽
その他の設備	・事務室 ・相談室 ・静養室 ・厨房室 ・送迎車 7 台

4. 営業日およびサービス提供時間

営業日、営業時間、サービス提供時間

営業日	月・火・水・木・金・土（祝日も営業。但し 12/31～1/2 を除く）
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
サービス提供時間	午前 9 時 15 分～午後 4 時 30 分

5. 介護予防通所介護の運営の方針

当事業所は、入浴や食事、機能訓練、各種レクリエーションなどのサービスを、提供する事により、利用者の心身機能の維持向上や孤立感の解消並びに利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図るものとする。

また、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

6. 利用料金

- (1) 当事業所の介護予防通所介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の 1 割又は 2 割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本単位		加算単位	
要支援 1	1, 6 4 7 単位/月	運動器機能向上加算	2 2 5 単位/月
		サービス提供体制加算 I	7 2 単位/月
		介護職員処遇改善加算	算定単位数×4.0%
要支援 2	3, 3 7 7 単位/月	運動器機能向上加算	2 2 5 単位/月
		サービス提供体制加算 I	144 単位/月
		介護職員処遇改善加算	算定単位数×4.0%

1 単位 10 円となります。

- ・ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払いは受けられません。
- ・ この他、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 127 号）に規定される運動器機能向上加算及びサービス提供体制加算については、上記の金額を負担していただきます。なお、介護職員処遇改善加算として、算定単位数に 4.0% を乗じた金額を負担していただきます。

(2) その他の費用

1. 通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要した費用は、次の額を負担していただきます。
 - ① 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道概ね 5 キロメートル未満 100 円
 - ② 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道概ね 5 キロメートル以上 100 円
にその端数をますごとに 100 円を加算
2. 昼食代（おやつを含む）として 617 円。
3. おむつ代、パット代、リハビリパンツ代は、実費を頂きます。（各 1 枚）
4. その他レクリエーションにかかった費用は、材料費等実費をいただきます。
5. ご家族様との連絡用に連絡帳を購入していただきます。

(3) 料金の支払い方法

あなたが事業所に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月 15 日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、27 日までにお支払いください。支払方法は、口座自動引落としになります。ご契約の際に預金口座振替依頼書にご希望の口座の登録をお願い致します。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により当日の介護予防通所介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂く場合がありますので、キャンセルする場合は至急当事業者に連絡してください。

ご利用日の前営業日の午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日当日午前 9 時 00 分までにご連絡いただいた場合	食費の 50%
ご利用日当日午前 9 時 00 分までにご連絡がなかった場合	食費の 100%

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、保険者の窓口へ提出して差額（介護保険適用の部分の 9 割、又は 8 割）の払い戻しを受けてください。

7. サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ・ 当事業所に電話等でお申し込みください。事業所の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業所の介護予防通所介護の内容等について説明します。
- ・ この説明書によりあなたからの同意を得た後、事業所の管理者が介護予防通所介護計画を作成・交付し、サービスの提供を開始します。
- ・ あなたが介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前にお住まいの地区の地域包括支援センターにご相談ください。

(2) サービスの終了

ア あなた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 15 日前までに文書で申出てください。

イ 当事業所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あります。この場合はサービス終了日の 30 日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・ あなたが介護保険施設に入所した場合
- ・ あなたの要介護度が要支援 1 から 2 以外と認定された場合
- ・ あなたが死亡した場合。

エ その他

- ・ 当事業所が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこのサービスを終了することができます。
- ・ あなたがサービスの利用料金を 1 ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず

わらず支払わないとき、あなたが当事業者に対して契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8. サービス利用に当たっての留意事項

- ・体調の確認

介護予防通所介護にお見えになる日の朝、ご家族で体調の確認をお願いします。気になる事等がある時は、必ず職員にお伝えください。また、発熱等体調に異常がある時や病気の時は介護予防通所介護のご利用はできません。

- ・利用時間の変更

サービス利用の変更は、ご利用予定日の前日までに事業所に申出てください。

- ・設備、器具の利用

当事業所の設備、器具の利用に際しては、危険や事故防止のため職員の指示に従ってください。

- ・機能訓練の実施時には、機能訓練指導員の指示に従ってください。

9. サービスの内容

当事業所があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用日
内 容：
日常生活上の介護
食事サービス
入浴サービス
送迎
機能訓練
生活相談
その他の自立への支援

- ・ サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等についてあなたに分かりやすいように説明します。
- ・ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

10. 緊急時の対応方法

介護予防通所介護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	氏 名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏 名	
	連絡先	

11. 非常災害対策

非常時の対応	第一にご利用者の安全を確保して、避難地（内田小学校）に避難します。
近隣との協力関係	地域の防災訓練等に積極的に参加し、非常時の協力体制を確保、整備しています。
防災設備	ガス警報器、消火器、を設置してあります。 災害に備えての準備品 ①非常食料、飲料水 ②懐中電灯、トランジスターラジオ ③緊急医療品 ④毛布
平常時の防災訓練	年一回以上の避難、防災訓練を実施します。
防火・防災計画	防火管理者： 後藤あかね 防火責任者： 後藤あかね 内 容：目的、管理組織、管理者・責任者の任務、訓練、準備品等

12. 苦情処理

あなたは、当事業所の介護予防通所介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業所に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇をうけません。

苦情相談窓口 担 当：管理者 後藤あかね

電話番号：0537-37-1220

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申立てることができます。

菊川市役所	担当窓口	健康長寿課介護保険係
	電話番号	0537-37-1253
掛川市役所	担当窓口	高齢者支援課
	電話番号	0537-21-1196
国民健康保険団体連合会	担当窓口	介護保険課苦情処理担当
	電話番号	054-253-5590

平成 年 月 日

事業者

介護予防通所介護の提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県菊川市下内田 4044 番地の 1

名 称 デイサービスかなで

説明者 印

利用者

この説明書により、介護予防通所介護に関する重要事項の説明を受け、内容に同意します。

住 所

氏 名 印

代理人若しくは家族（続柄）

住 所

氏 名 (続柄) 印