

通所介護サービス重要事項説明書

(介護予防通所サービス・通所介護共通)

様

愛知クリニックデイサービスセンター

連絡先 豊橋市松村町 50 番地 1
0532-48-7757 (代)

1 介護サービスの目的

ご利用者の心身の状態に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事等の介護や日常生活上の世話及び機能訓練を行うことによって、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう援助します。

2 会社概要

○法人名称 : 医療法人 有心会
○代表者 : 新里 徹
○所在地 : 愛知県豊橋市松村町 51
○代表番号 : 0532-47-3663

3 通所介護サービスを提供する事業所 (以下、「サービス事業所」とします。)

○サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	愛知クリニックデイサービスセンター
所在地	〒441-8034 愛知県豊橋市松村町 50 番地 1
電話番号	(TEL) 0532-48-7757 (FAX) 0532-38-5445
指定事業者番号	2372000964
実施サービス	介護予防通所サービス・通所介護
サービス提供地域	豊橋市、豊川市、田原市、
備考	

○職員体制 (兼務含む)

	常勤	非常勤	計	資格等
管理者	1 人	人	1 人	社会福祉士他
生活相談員	3 人	人	3 人	介護福祉士他
介護職員	8 人	人	8 人	介護福祉士他 (2級課程・初任者研修修了者)
看護職員	1 人	1 人	2 人	看護師
機能訓練指導員	4 人	人	4 人	理学療法士他

4 介護サービスの内容

営業日 月曜日～土曜日（但し12月29日～1月3日は休業）場合により変更あります。

利用時間 午前9時20分～午後4時30分

利用定員 25名

サービス内容

- ① 通所介護サービスは、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該当施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行う。
- ② 事業者は通所介護施設・日程において、利用者の希望を踏まえて提供いたします。
- ③ サービスの提供に当たっては、毎月提供する通所介護計画書に記載して、計画的に提供します。

午前	午後
8：00 前後から 送迎	12：15～ 昼食
9：15 前後 愛知クリニック デイサービスセンター到着	13：00～ 入浴・口腔ケア レクリエーション
9：20～ デイサービス開始・健康チェック レクリエーション・散歩 機能訓練（個別・集団） 口腔ケア・入浴	15：30～ ティータイム 16：30 デイサービス終了 16：30 以降 送迎

5 利用料

サービス料金及び利用者負担金

- ① 当事業所の介護サービスの料金は、別紙、介護保険利用料金表を参照ください。利用者負担金は、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります
 - ② 通所の送りとお迎えは、サービス提供地域の居住者を対象に提供します。地域外は、別途申し受けます。料金は、料金表を参照ください。
 - ③ 上記の利用者負担金は、法定代理受領の場合です。償還払いの場合は、一旦利用者が料金の全額を払い、その後償還請求することになります。
- 注) 介護保険外のサービスとなる場合は、（サービス利用限度額以上の金額を含む）全額自己負担となりますので、ご注意ください。
- ④ 通所介護計画上のサービス提供時間にて通所介護を行っている場合、利用者様の都合による場合や、当日急に心身の状況変化に伴い、利用時間が変更した場合は、通所介護計画に基づいた単位数の算定となります。

6 サービスの実施地域

サービス提供地域をご参照ください。

介護予防通所サービス・通所介護利用料金表

【通所介護利用料金表（一日）】

（単位）注：1

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
介護基本料	658	777	900	1023	1148	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	56	56	56	56	
入浴加算Ⅰ	40	40	40	40	40	
生活機能向上連携加算Ⅱ	100	100	100	100	100	（月単位）
サービス提供強化加算Ⅰ	22	22	22	22	22	
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1月につき、所定単位数（Aの合計単位数）×9.0%					注：2

※介護保険負担割合証の利用者負担の割合に記載されている負担割合となります。

【介護予防通所サービス利用料金表（1ヵ月）】

（単位）注：1

介護度	要支援1	要支援2
介護基本料	1,798	3,621
生活機能向上連携加算Ⅱ	200	200
サービス提供強化加算Ⅰ	88	176
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1月につき、所定単位数（Aの合計単位数）×9.0% （注：2）	

※介護保険負担割合証の利用者負担の割合に記載されている負担割合となります。

注1：1単位は10.14となります。（地域区分により異なります）

その際の少数点以下は切り捨てとなります。

注2：処遇改善加算の少数点以下は四捨五入となります。

＜地域外送迎代金＞

実施地域を越えた地点から片道10キロメートル未満 300円

実施地域を越えた地点から片道10キロメートル以上 500円

【介護保険適用外】

昼食・おやつ代	600円	600円（全額自己負担）
おむつ代（パット・パンツ・おむつ）	1枚 50円・150円・100円	1枚 50円・150円・100円 （全額自己負担）

*キャンセル規程

利用者がサービスの利用をキャンセルする際は、速やかに下記の連絡先までご連絡ください。

愛知クリニックデイサービスセンター

0532-48-7757

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用前の営業日午後 5 時までにご連絡いただいた場合。	無料
②ご利用前の当日午前 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合。	昼食・おやつ実費分 600 円
③当日、お迎えに出てしまった後の連絡や、お迎えの到着時の報告の場合。	②分 600 円

○健康上の理由によるサービスの中止

- ①風邪、病気などの際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止をすることがあります。その場合、ご家族に連絡の上対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡上対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

○その他の理由によるサービスの中止

- ①送迎時間に遅れた場合は、サービスを中止することがあります。
 - ②天災などの理由によりサービスの利用が困難な場合は、事業者の判断でサービスを中止する場合があります。
- ☆サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り返ることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日は振替できませんのでご了承ください。

○お持ち物

- ・連絡帳
- ・昼に飲む薬
- ・おむつ（必要な方）
- ・着替え（必要な方）
- ・帽子
- ・エプロン
- ・うわぐつ（センターにて保管）
- ・歯ブラシ
- コップ（センターにて保管）

その他必要なものがある場合には、ご連絡いたします。

○その他

- ①緊急連絡先は明確にしておいて下さい。
- ②貴重品は持ち込まないようにしてください。
- ③利用者の中には食事制限のある方もみえます。また、衛生上の理由からも食べ物の持ち込み、お持ち帰りはお断りします。
- ④持ち物には必ず名前を書いてください。
- ⑤身体状況の変化などで必要と思われるときには、所定の様式の診断書（証明書）の提出を求められることがあります。
又、場合によっては一年経過ごとに診断書（証明書）の提出をお願いすることがあります。

○注意事項

- ・送迎・・・必ずどなたか家に居てスタッフと連絡が取れるようにして下さい。
又、原則として玄関までのお手伝いにさせていただきます。
詳しい内容は下記の通りです。尚、送迎に対してのご質問、ご相談等ございましたら、遠慮なくお申しつけ下さい。
- 送迎では運転手のみ、介助者付、等で行います。運転手は介護スタッフではありませんので、身体的介助はご遠慮願います。
- 原則として玄関の中までのお迎え、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、ご本人・ご家族様と話し合いを行い当事業所で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
- 季節により暑かったり、寒かったりと身体に及ぼす影響は様々ですので、自宅の中でお待ち願います。
- 交通事情・他利用者様事情により到着時間が予定をかなり前後する場合は連絡いたします。
到着予定時間の10分以内の早着、遅着はご容赦下さい。
- 送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備等ができていない場合は長時間待つことはできません。他の利用者様にもご迷惑をかけることとなります。スムーズで安全な送迎を行うために、ご理解ご協力をお願い致します。
- ・休み・・・休みが多い場合は、使用を一旦お断りさせて頂く場合があります。少人数制で行っておりますので、何卒ご理解をお願いいたします。（入院・通院など）
又、通常特別な理由なくお休みされることが多い場合も該当となります。
- ・台風や警報・・・原則としてデイサービスは行います。ただし、送迎困難などサービスを行うにあたりご利用者様にご迷惑をおかけする場合は中止致します。
その場合は、ご家族に連絡致します。連絡が無い場合は通常通りです。
- ・お薬持参される方・・・詳しい内容はお薬持参方法のお願いに記してあります。

- ・体調急変やケガ…一日を通してのサービス中に急変やケガなど発生した場合は、こちらでは応急処置程度の治療しかできません。特に散歩中、移動中に体調が悪くなった場合は応急処置にも限りがあります。又体調急変に付きサービスの中止の連絡後は速やかにお迎えをお願いします
スタッフ一同、事故防止に努めると共に、体調の変化には十分気をつけますが、何卒ご理解とご協力お願い致します。
- ・お持ち物には…全ての持ち物にお名前等の記入をお願いします。
- ・病院受診について…隣が病院になっていて大変便利であり難しいことですが、大変申し訳ございませんが、介護保険のサービス中に受診は出来ないことになっております。また、サービス中でなくても、デイスタッフでの付き添い受診はできかねますことをご了承願います。

<介護計画・提供・利用票について>

- ・通所介護計画は居宅介護支援者（ケアマネジャー）の計画に伴って作成します。利用者様の心身の状況にあわせ目標、回数、方法を設定します。できる限り計画にそって支援することで心身の維持・向上に努めることが出来ると考えています。その為出来るだけお休みされないことを希望しますが、諸事情等でお休みされた場合は振り替えの手配をさせていただきますことお願い致します。
- ・利用者様側の諸事情による遅刻・早退は介護計画にのっとったサービス提供が既に行なわれた場合は一日の利用単位になりますのであらかじめご了承願います

<サービスの評価について>

- ・事業所は、情報公開制度の報告を、毎年1回行っております。情報公開調査及び第三者評価の実施は行っておりません。

【苦情等相談窓口】

通所介護（デイサービス）に関する相談・苦情については、下記にご連絡ください。

《事業者の窓口》 **愛知クリニックデイサービスセンター 苦情受付担当 杉原 良仁**

所在地 〒441-8034 豊橋市松村町 50 番地 1
電 話 0532-48-7757 (代)
FAX 0532-38-5445
受付時間 平日 8:30 ~ 17:00

《保険者の窓口》 **東三河広域連合 介護保険課**

所在地 〒440-8501 豊橋市八町通二丁目 16 番地
電 話 0532-26-8471
FAX 0532-26-8475
受付時間 平日 8:30 ~ 17:15

《公的団体の窓口》 **愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室**

所在地 〒461-0001 名古屋市東区泉1丁目6番5号
電 話 052-971-4165
FAX 052-962-8870
受付時間 平日 9:00 ~ 17:00
(12:00~13:00 除く)

令和 年 月 日

愛知クリニックデイサービスセンターの利用にあたり、利用案内に基づき重要事項の説明を行いました。

豊橋市松村町 50 番地 1
愛知クリニックデイサービスセンター
管理者 杉原 良仁
説明者 印

私は、利用案内に基づいて、センターから重要事項の説明を受け、デイサービスの利用開始に同意しました。

利用者 <住 所>
(契約者) _____

<氏 名> 印

(立会人) <住 所>
(代理人) _____

<氏 名> 印

上記の同意を証するため本書 2 部を作成し、事業所・ご契約者様が署名捺印の上各 1 部を保有するものとしす