

指定介護予防通所介護重要事項説明書

1 季楽デイサービス春夏秋冬 東郷店の概要

① 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業者名	季楽デイサービス春夏秋冬 東郷店
所在地	愛知県愛知郡東郷町和合前田 2209 番地の 1
電話番号	0 5 6 1 - 3 7 - 1 0 2 0
F A X 番号	0 5 6 1 - 3 7 - 1 0 2 1
事業者番号	通所介護 2375001522
	介護予防通所介護 2375001522
サービスを提供できる地域	東郷町、みよし市、日進市

② 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務	合計	業務内容
管理者		1 名		あり	1 名	介護従事者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士	2 名		あり	2 名	介護相談受付
	社会福祉士					
機能訓練指導員	柔道整復師			あり	2 名	訓練士指導
	看護師、准看護師		2 名			
介護・看護職員	看護師		1 名	あり	2 名	看護業務
	准看護師		1 名	あり		
	介護福祉士	3 名	1 名	あり	4 名	利用者の介護
	初任者研修		2 名	なし	2 名	
	介護スタッフ			なし		
合計		3 名	5 名	—	8 名	—
勤務時間	生活相談員 8時30分～17時30分					
	介護職員 8時30分～17時30分					

③ 当事業所の設備の概要

定員	25 名	静養室	1 室 2 床
食堂兼機能訓練室	108.4 m ²	相談室	4.2 m ²
浴室	13.5 m ²	送迎車	4 台
その他	農園・駐車場 13 台		

④ サービスの提供時間

	営業時間	サービス提供時間
平日（月～土）祝日	午前8時30分～午後5時30分	午前9時15分～午後4時30分
休業日	日曜日・12月30日～1月3日	

2 当事業所の通所介護及び介護予防通所介護の特徴等

① 運営方針 当センターは地域密着型なので個人に添うようなサービスプログラムを組んで、利用者の個性を尊重した通所介護を目指しています。

② サービス利用のために

従業員への研修の実施	年4回 研修を実施しています
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します。
その他	

③ サービスの利用にあたっての留意事項

送迎時間の連絡	ご希望の方は前日にご連絡いたします。
体調管理	看護師による体調確認を致します。
体調不良等によるサービスの中止・変更	なるべく早めにご連絡をしてください。
食事のキャンセル	なるべく早めにご連絡をしてください。
時間変更	なるべく早めにご連絡をしてください。
設備、器具の利用	丁寧に扱い、使用後は元の場所に戻してください。

3 サービス内容

- ①送迎 車による送迎を行います。
- ②食事 高齢者向けに栄養バランスを考えたお食事を用意します。
- ③入浴 一般入浴の見守り及び介助を行います。
- ④機能訓練 椅子・マット・マシン等を利用した機能訓練が可能です。
- ⑤生活相談 利用者やご家族の日常生活全般のアドバイスをします。
- ⑥スクール 個々の趣味に合わせたスクールから、学びたいことまで幅広く支援します。

4 利用料金

① 介護保険

1. 第1号通所事業（通所介護相当サービス）

※第1号事業に要する費用の額は、単位数に10.27を乗じて算定するものとする。

ア 通所介護相当サービス利用料 5時間まで：5時間以上、長時間加算33単位（34円）

	保険単位数 (単位/回)	利用者負担額	利用者負担額	利用者負担額月
		1割	2割	3割
要支援1	436単位	447円	895円	1343円
要支援2	447単位	459円	918円	1377円

ウ 介護職員処遇改善加算

1ヶ月使用された介護保険単位数の80/1000

2、上限回数について

要支援1	5回/月
要支援2	9回/月

* 上限回数を超える場合は以前の単位数と同じものに切り替わります。

② その他の利用料

ア 食費（おやつ+飲み物代含む） 1日 650円

イ 交通費

上記1の①のサービス提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、送迎のために交通費をご負担いただくことになります。

- ・ 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5キロメートルまで 100円

ウ 時間外サービス

お客様の選択・希望により、通常時間を超えて提供した場合は、30分あたり500円をご負担して頂くことになります。

エ その他の費用

おむつ代	100円/枚		
パット	100円/枚		
歯ブラシ	100円/本		
日常生活費	レクリエーション費用	実費	
	クラブ活動費	実費	

③ 料金の支払い方法

基本、当月分に関しては未締め翌15日までに振込みにてお支払いください。

その他、振替口座登録後にまとめて振替対応も致します。(ただし、口座登録には2か月ほど掛かります)振替日は27日です。

5 所得に応じた利用者負担

負担割合は、住民税で用いる前年所得に基づいて決定する。

ご本人様の年齢	ご本人様の合計所得額	同一世帯の65歳以上の方の年金収入とその他の合計所得額の合計		負担割合
64歳以下				1割
65歳以上	160万円未満			1割
	160万円以上	単身世帯	280万円未満	
		2人以上の世帯	346万円未満	
	220万円以上	単身世帯	280万円以上	2割
		2人以上の世帯	346万円以上	
220万円以上	単身世帯	340万円以上 ※年金収入のみの場合	3割	
		344万円以上		
	2人以上の世帯	463万円以上		

○合計所得金額…損失の繰越控除前の総所得金額（事業所得、給与所得、雑所得等）、特別控除前の土地・建物等の分離譲渡所得金額の合計

○その他の合計所得金額から年金所得を除いた額

※平成27年8月から一定の所得のある65歳以上の被保険者（第1号被保険者）については利用者負担を1割から2割とする。

※平成30年8月から3割負担対象者の方は3割負担とする。

6 サービスの利用方法

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合、サービス終了を希望する日の1週間前までに、お申し出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合は、人員不足等やむをえない事態により、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が、その場合は、1ヶ月前までに文章にて通知させていただきます。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的に終了いたします。

- ・ 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

※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・ お客さまが亡くなられた場合

エ その他

- ・ お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、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く場合がございます。

7 サービス内容に関する苦情

① 当事業所のお客様相談・苦情窓口

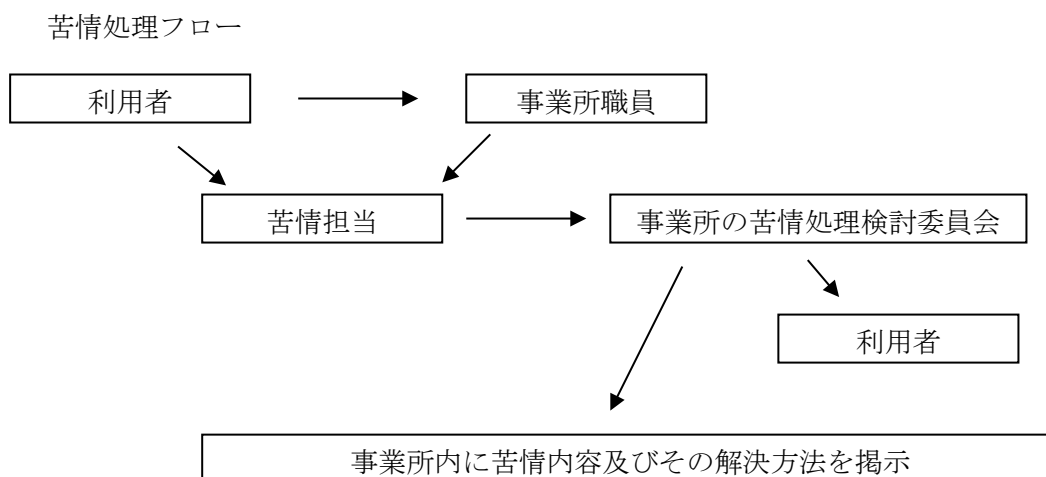
担当者 杉山 靖代

電話 0561-37-1020 FAX 0561-37-1021

受付日 年中（ただし、12月30日～1月3日を除く）

受付時間 午前9時00分～午後5時

② 苦情処理体制



③ その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び愛知県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 東郷町 高齢者支援課 0561-56-0753

イ 愛知県国民健康保険団体連合会（苦情相談室） 052-971-4165

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前に打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家

族、介護支援専門員等へ連絡いたします。

病院名			
担当医		電話番号	
ご家族氏名			
続柄		電話番号	

9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対して応急処理、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅新事業者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、再発を防ぐための対策を講じます。

10 非常災害対策

災害時の対応	防災計画による
防災設備	誘導灯・消火器を設置
防災訓練	年1回実施
防災責任者	岸本 竜祐

11 秘密の保持について

- ① 当該事業所の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- ② 当該事業所の従事者であった者は、その業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- ③ 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文章による同意を得た上で、お客様又はご家族の個人情報を用います。

指定介護予防通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明致しました。

令和 年 月 日

事業者名

所在地 愛知県愛知郡東郷町和合前田 2209 番地の 1

名 称 季楽デイサービス春夏秋冬 東郷店

説明者氏名

印

私は、本書面により事業者から指定介護予防通所介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名

印

(家族代表) 住所

氏名

印

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記による必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- ①介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- ②上記①の外、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- ③現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったとき、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- ①居宅サービス計画に掲載される介護事業所
- ②病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- ①個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- ②個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

<肖像権使用に関する条件>

当法人及び当施設のホームページ・SNS (Instagram、Facebook) ・広報誌・掲示物などにおいて、ご利用者様の顔・全身の写真・映像を使用して頂きたい場合がございます。使用につきまして以下のいずれかに○をご記入下さい。 [同意する ・ 同意しない]

以上

令和 年 月 日

季楽デイサービススクール 春夏秋冬 東郷店

代表者名：

印

利用者 住所

氏名

印

(家族代表) 住所

氏名

印