

気仙デイサービスセンター「ぬくもり」

－介護予防・生活支援サービス－

重 要 事 項 説 明 書

<平成28年 4月 1日現在>

1 サービスの種類と提供地域

- (1) 名 称 気仙デイサービスセンター「ぬくもり」
(岩手県 事業所番号 0370300097)
- (2) 所 在 地 岩手県大船渡市大船渡町字山馬越196
- (3) 管 理 者 今藤 睦美
- (4) 電 話 0192-27-8635 F A X 0192-25-1582
- (5) 施設設備 食堂兼機能訓練室 1室
浴 室 一般浴槽・特殊浴槽
静 養 室 2室
相 談 室 1室
送 迎 車 3台
- (6) 提供地域 大船渡市

2 営業日及び営業時間

- (1) 営 業 日 日曜日～土曜日
- (2) 営 業 時 間 7:30～19:00

3 利用定員

18名

4 職員体制

職 種	職員数	業務内容
管 理 者	1名(1)	従業者及び業務の管理等
生 活 相 談 員	2名(1)	生活相談等
介 護 職 員	5名	介護業務等
看 護 職 員	2名(2)	健康管理等
機 能 訓 練 指 導 員	2名(2)	日常生活動作訓練等

() 内は兼務職員数

5 サービス内容

- | | | |
|-------|------------|---------|
| ① 送 迎 | ④ 個別機能訓練 | ⑦生活相談 等 |
| ② 食 事 | ⑤ 口腔ケア | |
| ③ 入 浴 | ⑥ レクリエーション | |

6 利用料金

(1) 利用料金

① 指定地域密着型介護予防・生活支援サービス

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
通所型サービス (みなし) (1回につき)	1月の提供回数が1回から4回までの場合 (事業対象者・要支援1)	3,780円	378円	756円
	1月の提供回数が5回から8回までの場合 (事業対象者・要支援2)	3,890円	389円	778円
通所型サービス (みなし) (1月につき)	1月の提供回数が4回を超える場合(事業対象者・要支援1)	16,470円	1,647円	3,294円
	1月の提供回数が8回を超える場合(事業対象者・要支援2)	33,770円	3,377円	6,754円

②加算料金 ※ケアプランに基づき算定した場合

項 目	単 位		介護保険適用時の 1ヶ月あたりの自己負担額
イ)サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1	72 単位/月	72 円
	要支援2	144 単位/月	144 円
ロ)介護職員処遇改善加算	イ)により算定した単位数の1000分の40に相当する単位数		

③その他

ア 食費として一食あたり 630 円（全額自己負担）を頂戴いたします。

イ 上記のほか、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。なお、自己負担が発生する場合は、事前に文書にてご説明、ご連絡いたします。

④利用者負担軽減制度

社会福祉法人による利用者負担軽減制度の適用を受け、市町村が承認したときは負担額が軽減されます。

(2) 支払方法

サービス利用毎に、利用単位毎の料金と利用に係る実費分の合計についてご利用の翌月 10 日に請求書を発行いたしますので、25 日までにお支払い願います。利用料金をお支払いいただきますと、領収書を発行します。

7 サービス利用に当たっての留意事項

(1) サービスの開始

事業対象者・要支援 1・2 の方であれば利用が可能です。まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、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、お申し出下さい。

② 当社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。

ア 利用者が介護保険施設に入所した場合

イ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、要介護 1～5、もしくは非該当（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。

ウ 利用者お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

ア 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者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、または当社が破産した場合、利用者は解約を通知することによって即座にサービスを終了する事ができます。

イ 以下の場合、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

- ・ 利用者がサービス料金の支払を 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 7 日以内に支払わない場合

- ・ 利用者やご家族などが当センターや当センター従業員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、利用者の状態が変化し、他事業所でのショートステイの利用が適切と思われる

場合は、利用者または家族並びに主治医等関係機関と協議の上、調整を図る場合もございます。

(3) その他

①医療行為について

医療行為は原則として禁止されておりますが、事前の打ち合わせにて当事業所の看護職員により、体調把握及び入浴の可否判断の為にバイタルチェックはさせて頂いております。そのほか、服薬、点眼、湿布等の処方を受けておられ、援助の必要な方はお申し出ください。主治医と協議の上、対応できるものについては調整を図ります。

②送迎時間について

行事活動や道路状況により通常を送迎時間と異なる場合もございます。その際は事前に連絡させていただきますのでご理解願います。

③サービス記録について

利用毎に、サービス内容を記載した連絡帳を交付いたします。必ずご確認くださいませようお願い致します。なお、ご不明な点、ご質問等ございましたら遠慮なくお申し出ください。

④その他

ア 所持品については、原則として利用者ご本人の管理となっております。トラブル防止の為、所持金にお名前の明記をお願い致しますと共に、多額の現金や貴重品のお持込はご遠慮願います。

イ 利用のキャンセルや送迎時間の変更を希望される場合は、事前にお電話でご連絡いただきますよう宜しくお願い致します。

ウ 利用者の体調不良等の場合、ご家族に連絡の上利用を中止することがあります。その際は利用時間に依りて料金に変更になります。

エ 入院等により一旦利用を中止し、その後再利用する場合、可能な限り希望にそって調整を図りますが、利用定員や送迎等により以前と同様の曜日、時間に受け入れできかねる場合がございます。また利用曜日の利用回数を超えて希望される場合は、重要事項説明担当者までお申し出ください。介護支援専門員と調整を図ります。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

9 事故発生時の対応方法

利用中に事故が発生した場合には、速やかに医療機関やご家族、そして保険者等

に連絡する等の措置を講じます。その際の損害賠償についての当センターの過失により利用者に生じた損害については、その損害を賠償いたします。ただし、その損害が利用者に故意又は過失によるものと認められる場合には、利用者の心身の状況を考慮して相当と認められる時に限り、当センターの損害賠償責任を減じる場合がありますので予めご了承ください。

10 非常災害対策

災害時には『社会福祉法人典人会 消防計画』に基づき、利用者の安全確保に努めます。

11 サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用者相談・苦情担当

当センターの介護予防・生活支援サービスに関するご相談・苦情および通所介護計画に基づいて提供している各種サービスについてのご相談・苦情を承ります。ご遠慮なく相談担当者までお申し出ください。

苦情受付担当者	今藤 睦美	電話番号 FAX 番号	0192-27-8605 0192-25-1582
苦情解決責任者	内出 幸美		
苦情第三者委員	鈴木 周二		

② その他

当センター以外に、各市町村および岩手県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口に対しても苦情を伝えることができます。

<大船渡市役所 介護保険係> 電話 0192-26-2943
<岩手県国民健康保険団体連合会> 電話 019-623-4325

12 利用者の記録や情報の管理・開示について

関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じその内容を開示します。又、利用者及びご家族の情報の使用に関しては、サービス担当者会議等において関係機関に提示する場合があります。

13 その他運営についての重要事項

- ① 職員は業務上知り得た利用者又はその家族の情報の秘密保持をいたします。又、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容としております。
- ② 利用者又は、他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合についてのみ身体拘束を行なう場合があります。その際の身体拘束が必要な場合は、利用者及び家族に説明をし、同意に関してご相談することとしております。又、同意を得た場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録いたします。

14 当会の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 典人会		
代表者役職・氏名	理事長 柏 貴美		
本部所在地	岩手県大船渡市大船渡町字山馬越 196		
電話番号	0192-27-8605	FAX 番号	0192-25-1582

(1)介護保険事業

No.	サービス種類	事業所名	所在地
1	認知症対応型通所介護（介護予防）	気仙デイサービスセンター「やすらぎ」	大船渡町
2	地域密着型通所介護（介護予防生活支援サービス）	気仙デイサービスセンター「ぬくもり」	大船渡町
3	認知症対応型共同生活介護（介護予防）	グループホーム「ひまわり」	大船渡町
4	介護老人福祉施設	介護老人福祉施設「ひまわり」	大船渡町
5	短期入所生活介護（介護予防）	介護老人福祉施設「ひまわり」短期入所生活介護	大船渡町
6	居宅介護支援	ひまわり指定居宅介護支援事業所	大船渡町
7	通所介護（介護予防生活支援サービス）	末崎町デイサービスセンター	末崎町
8	小規模多機能型居宅介護（介護予防）	小規模多機能ホーム「つばきの丘」	末崎町
9	地域密着型介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設「つばきの丘」	末崎町
10	小規模多機能型居宅介護（介護予防）	小規模多機能ホーム「後ノ入」	赤崎町
11	認知症対応型共同生活介護（介護予防）	グループホーム「後ノ入」	赤崎町
12	小規模多機能型居宅介護（介護予防）	小規模多機能ホーム「平」	大船渡町
13	認知症対応型共同生活介護（介護予防）	グループホーム「平」	大船渡町
14	地域密着型介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設「陸前高田」	陸前高田市
15	短期入所生活介護（介護予防）	地域密着型介護老人福祉施設「陸前高田」短期入所生活介護	陸前高田市
16	認知症対応型共同生活介護（介護予防）	グループホーム「氷上山」	陸前高田市

(2)その他

1	老人介護支援センター	末崎町在宅介護支援センター	末崎町
2	サポートセンター	末崎地区サポートセンター「おたすけ」	末崎町

————— 契約をする場合は以下の確認をすること —————

平成 年 月 日

介護予防生活支援サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地：岩手県大船渡市大船渡町字山馬越 196

名 称：気仙デイサービスセンター「ぬくもり」

説明者：

印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防生活支援サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

<利用者>

住 所

氏 名

印

<身元引受人>

住 所

氏 名

印