

# 「介護予防通所介護」重要事項説明書

## 1. 事業者

- |           |               |
|-----------|---------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人北海道中央病院 |
| (2) 法人所在地 | 深川市西町1番7号     |
| (3) 電話番号  | 0164-22-2135  |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 大西 道祥     |
| (5) 設立年月  | 昭和27年 5月30日   |

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防認知症対応型通所介護事業所  
平成18年 4月 1日指定  
事業所番号 0177400108  
※当事業所は永福園介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム永福園）に併設されています。
- (2) 事業所の目的 社会福祉法人北海道中央病院が開設するデイサービスセンター永福園が行う介護予防認知症対応型通所介護事業所の生活相談員その他の従事者は、要支援状態にある高齢者に対し、適切な介護予防認知症対応型介護を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター永福園
- (4) 事業所の所在地 北海道深川市西町1番13号
- (5) 電話番号 0164-22-4401
- (6) 管理者（施設長） 氏名 及川 秀洋
- (7) 当事業所の運営方針 介護予防認知症対応型通所介護事業所の生活相談員は、要支援者の心身の特性を踏まえ、全体的な日常生活動作の維持、回復を図る、機能訓練及び生活の質の確保を重視して在宅生活が継続できるように予防的支援を行うことで、利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持並びに利用者の身体的、精神的負担の軽減を図ることに努める。
- (8) 開設年月 平成18年4月1日
- (9) 利用定員 1日 12人（介護保険、介護予防含み）

## 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業実施地域 深川市全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 但し土曜、日曜、祝日及び 12月31日～1月4日まで除く
受付時間	月～金 午前 8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	月～金 午前 9時30分～午後4時

#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	配置基準	現行配置
管理者	1名	1名 (特養等と兼務)
生活相談員	1名	1名
看護職員	1名	1名
介護職員	2名	3名
機能訓練指導員	1名	1名 (看護職員と兼務)
事務員	—	1名 (特養等と兼務)

#### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合 |
|---|

があります。

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第4条参照)

以下のサービスについては、利用料金の大部分 (通常9割) が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

##### ① 入浴

- ・入浴又はシャワー浴を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

##### ② 排泄

- ・ご契約者の排せつの介助を行います。

<サービスの利用頻度>

利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画に沿いながら、

ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。ただし、ご契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更する事があります。

### ＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります。）

サービス内容略称	単 位 (円)	備 考
予防認知通所介護 I ii 3 1	7 5 1	1回につき（要支援1）
予防認知通所介護 I ii 3 2	8 3 9	1回につき（要支援2）
予認通所介護入浴介助加算	5 0	1日につき（入浴介助を行った場合）
サービス提供体制強化加算II	6	1回につき

☆ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）。また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます（下記（2）①参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

### （1）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

#### ＜サービスの概要と利用料金＞

##### ①食事の提供（食費）

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・ご契約者に提供する食事の材料や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり640円

##### ②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、

下記料金をいただきます。

事業所から、片道おおむね10キロメートル未満1回につき：200円

事業所から、片道おおむね20キロメートル未満1回につき：400円

事業所から、片道おおむね30キロメートル未満1回につき：600円

### ③機能回復訓練（リハビリ、作業、手芸など）

利用者の皆様の健康維持・向上、認知症の症状の防止を目的として、楽しみながらリハビリしていただけるよう、いくつかのクラブ活動を専門スタッフにて用意させていただいております。その中より、それぞれの目的に合ったクラブを、当日の体調や気分に応じて選んでいただけます。

（ア）様々な運動をしながら身体の機能維持を図ります。

（イ）計算や書き取り等の作業を通して、脳の活性化を図ります。

（ウ）貼り絵や折り紙等を通して、特に手先の機能の活用を図ります。

ご契約者の希望に沿った活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

### ④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代等：実費

### (2) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、翌月の初旬頃に利用明細書、請求書を利用者宛に送付しますので、翌月の15日までにデイサービスセンター永福園に納入ください。

### (3) サービスに当たっての留意事項

○利用時の喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は原則として出来ないこととなっております。行事等で提供時に飲酒が可能となる際は、事前に文章等にて確認いたします。

○所持品及び所持されている現金に関しましては、責任を負いかねますので、高価な所持品や高額の現金の所持はご遠慮ください。また、利用者同士での金銭の貸し借りはしないようにしてください。

○本人および施設の安全衛生等に管理上の措置を講じる必要があると認

められた場合には、必要な措置をとる場合がございます。但し、実施にあたっては、プライバシーの保護に十分配慮して行います。

## (2) 利用の中止、変更、追加 (契約書第8条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの理由を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. サービス提供における事故発生時の対応

サービスの提供を行なっている際に、利用者の病変及び事故が生じた場合必要な措置を講じると共に以下の対応を行ないます。

①家族ないし緊急連絡先及び担当ケアマネージャーへ電話等により連絡する。

②主治医への連絡及び指示を家族へ依頼する場合があります。

③必要に応じて市町村への連絡を行なう。

## 7. 苦情の受付について (契約書第21条参照)

### 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 (担当者)

[職名] 生活相談員 関根 孝浩

○苦情解決責任者 (担当者)

[職名] 理事長 大西 道祥

施設長 及川 秀洋

○受付時間毎週月曜日～金曜日 (祝祭日は除く)

午前8:30～午後5:30

○第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。①家族会代表者、②法人監事で構成されています。具体的氏名連絡先は別紙でお知らせ致します。

○行政機関その他苦情受付機関

深川市介護保険担当課 ( 市民福祉部 )	所在地 深川市2条17番17号 電話番号 0164-26-2152 受付時間 8:45～17:15 (土日祝祭日を除く)
国民健康保険団体連合 総務部介護保険 企画・苦情係	所在地 札幌市中央区南2条14丁目 電話番号 011-231-5161 (内線6111) 受付時間 9:00～17:00 (土日祝祭日を除く)
北海道福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 (北海道社会福祉協議会内) 電話番号 011-204-6310 受付時間 9:00～17:00 (土日祝祭日を除く)

平成 年 月 日

介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター永福園

説明者職名

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。