

地域密着型通所介護

重要事項説明書

エフビー柳原デイサービスセンター

エフビー介護サービス株式会社

地域密着型通所介護 重要事項説明書

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 026-236-8200 (受付時間 : 月曜日～金曜日、9時～17時)
担 当 管理者 荻野 法康

1. 概要

(1) 法人の概要

名 称 エフビー介護サービス株式会社
代表者役職・氏名 代表取締役・柳澤美穂
法人所在地 長野県佐久市長土呂159番地2
電話番号 0267-88-8188
設立年月日 1987年4月3日

(2) 事業所の概要

事業所名	エフビー柳原デイサービスセンター
所在地	長野県長野市大字小島785番地
介護保険事業所番号	2070103839 (指定年月日: 2008年7月1日)
通常の事業の実施地域	長野市 (豊栄、大岡、戸隠、鬼無里、篠ノ井、中条地区は除く)
利用定員	18名
営業日	月曜日～土曜日 (ただし年末年始は除く)
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時～17時 (時間延長あり)

(3) 事業所の設備の概要

食堂兼機能訓練室	1室 54.33㎡
浴 室	一般浴槽、機械浴槽
静養室	1室3床
相談室	1室
送迎車	4台

(4) 事業所の職員体制

職 種	職員数	業務内容
管理者	1名	職員及び業務の管理
生活相談員	2名以上	利用申込みに係る調整・相談・援助、通所介護計画書の作成 等
看護職員	1名以上	利用者様の心身状況の把握、健康管理 等
介護職員	2名以上	利用者様の心身状況の把握、日常介護 等
機能訓練指導員	1名以上	利用者様の心身状態の維持・向上のための訓練指導・助言 等
事務員	1名以上	事務業務

2. 運営方針

事業者は、利用者様の心身の特性を踏まえ、関係する市町村、地域の保健・医療・福祉サービス等と密接な連携を図りながら、総合的なサービスの提供に努めます。

3. サービスの内容

(1) 送迎

- ① 原則として玄関の中までお迎え、お送りします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、利用者様、ご家族と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを行います。
 - ② 送迎時間は、あらかじめ利用者様と相談し決定します。行事等を実施するときは、通常の送迎時間と異なる場合がありますのでご注意ください。交通事情等で10分以上遅れる場合は、事業所より連絡します。
 - ③ 体調不良等を除き利用者様の準備等ができていない場合、他の利用者様に迷惑をかけてしまいますので長時間待機することはできません。利用者様、ご家族のご協力をお願いします。
 - ④ 乗車中は、安全のため、全席シートベルトの着用をお願いします。
- (2) 食事 — 栄養士が作成する献立表により、栄養並びに利用者様の身体状況を考慮した食事を提供します。
- (3) 入浴 — 当日の体調によりシャワー浴または清拭となる場合があります。
- (4) 排泄の介助を行います。

(5) 機能訓練

- ① 利用者様の身体状況等に応じた運動や趣味活動、季節に合わせた行事など、ご希望を取り入れたレクリエーション活動・訓練を行います。
 - ② 個別機能訓練を実施する場合は、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画書を作成し、それに基づき、日常生活を営むのに必要な機能の低下を防ぐためのサービスを提供します。
- (6) 健康管理 — 利用当日は必ず健康チェック（血圧・体温・脈拍の測定等）を行います。
- (7) 生活相談 — ご家庭での介護や日常生活に関する相談に随時応じます。

4. 料金

(1) 利用料金

自己負担額は負担割合証に応じた1割から3割負担となります。以下は1割負担の場合の料金表です。介護保険給付の支給限度額を超えたサービス利用は、全額自己負担いただきます。介護保険制度では、要介護認定による介護度によって利用料金が異なります。利用料金は、制度改正、物価の理由により変更する場合があります。金額表示については、端数処理により若干変動する場合があります。

※ 当事業所は長野市（7級地）所在のため、下記料金に対して1.4%の金額が上乗せされます。

① 基本料金

要介護度	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護1	416円	436円	657円	678円	753円	783円
要介護2	478円	501円	776円	801円	890円	925円
要介護3	540円	566円	896円	925円	1,032円	1,072円
要介護4	600円	629円	1,013円	1,049円	1,172円	1,220円
要介護5	663円	695円	1,134円	1,172円	1,312円	1,365円

② 延長加算

9時間以上 10時間未満	10時間以上 11時間未満	11時間以上 12時間未満	12時間以上 13時間未満	13時間以上 14時間未満
50円	100円	150円	200円	250円

③ 加算料金 ご利用状況に応じて加算が算定されます。

若年性認知症利用者受入加算	60円/日	
入浴介助加算（Ⅰ）	40円/日	
入浴介助加算（Ⅱ）	55円/日	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56円/日	

個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76円/日	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20円/月	（Ⅰ）に上乗せ
中重度ケア体制加算	45円/日	
認知症加算	60円/日	
栄養改善加算	200円/回	月2回を限度
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150円/月	月2回を限度
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160円/月	月2回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20円/回	6か月に1回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5円/回	6か月に1回を限度
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100円/月	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200円/月	
A D L維持加算（Ⅰ）	30円/月	
A D L維持加算（Ⅱ）	60円/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円/日	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円/日	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6円/日	
栄養アセスメント加算	50円/月	
科学的介護推進体制加算	40円/月	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	所定単位に11.7%を乗じた金額	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位に12.7%を乗じた金額	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	所定単位に11.5%を乗じた金額	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	所定単位に12.5%を乗じた金額	
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位に10.5%を乗じた金額	
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位に 8.9%を乗じた金額	

(2) その他費用（実費）

- ① 昼食代 1食あたり750円、おやつ代 50円
- ② おむつ代、レクリエーションにかかる費用
- ③ 通常の事業地域を越えて行う送迎の費用 1kmごとに105円
- ④ キャンセル料

利用者様の都合でサービスを中止する場合、下記の料金を請求する場合があります。利用者様が入院等特別な状態になった場合は当日のキャンセルであっても料金は請求しません。

ア) ご利用日の当日8時30分までにご連絡いただいた場合 : 無料

イ) 上記以外の場合 : 500円

(3) 支払い方法

毎月、15日前後に前月分を請求します。お支払い方法は、原則口座引き落としです。

口座振替日は毎月27日とし、27日が金融機関の休業日にあたる場合は翌営業日とします。

事業者は料金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

5. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) ケアプラン等に基づいた時間での利用となりますが変更を希望される方はご相談下さい。
- (2) 長期入院等により利用を中止された場合、再開時に曜日等を変更する場合があります。
- (3) ご利用当日、利用者様の体調確認のため、朝の体温、朝食量をご確認いただき、少しの変化でもお迎えに上がった職員へご連絡ください。また、ご本人様の体調によって、当日の利用をご遠慮いただく場合がありますのでご了承ください。
- (4) 事業所到着後、利用者様より体調不良の訴えが聞かれた際には、可能な限り事業所でお過ごしいただけるよう支援いたしますが、改善が見られず看護師より病院受診等の判断があった際には、ご家族その他緊急連絡先の方へ速やかに連絡し、病院受診等の対応をご依頼する場合

がありますのでご理解、ご協力をお願いいたします。

- (5) 送迎時ご家族が不在となる場合には、事前に職員へご連絡ください。また、不在の際のご自宅の施錠に関しては玄関のみとさせていただきます。なお、送迎後のご自宅内の状態悪化や物の紛失等に関しましては、一切の責任を負いかねますのでご了承下さい。
- (6) 職員に月1回研修を実施しています。

6. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、適切な処置を行うとともに、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、ご親族、居宅介護支援事業所等へ連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
ご家族・ご親族	氏名	
	連絡先	

7. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者様の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

長野市民病院	長野市大字富竹1333番地1	026-295-1199
あぜがみ歯科医院	長野市大字小島733番地12	026-295-1000

8. 事故発生時の対応方法について

- (1) サービスの提供中に事故が発生した場合は利用者様に対し、応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ速やかに、ご家族、利用者様が所在する市町村等に連絡します。
- (2) 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、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (3) 万一の事故に備え下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

保険会社	あいおいニッセイ同和損保
保険名称	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保険内容	対人賠償 — 5,000万
	対物賠償 — 500万
	管理財物 — 100万
	使用不能 — 3,000万
	人格権侵害 — 500万
	見舞金 — 0.3万～5万（治療・入院等による）
	事故対応費用 — 500万
	経済的損害 — 100万

9. 非常災害対策

非常災害時には別途定める消防計画に則って対応します。防災訓練は利用者様と共に行います。

- ・防災設備 …… 消火器3本
- ・防災訓練 …… 年2回以上実施
- ・防火責任者 …… 防火担当職員

10. 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知り得た利用者様またはご家族の情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

- (2) 事業者は、職員に業務上知り得た利用者様またはご家族の秘密を保持させるため、在職中及び離職後も、その秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

11. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者様の人権の擁護・虐待の防止のために下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選任します。

虐待防止に関する責任者	管理者 荻野 法康
-------------	-----------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。

- ③ 苦情解決体制を整備します。

- ④ 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を年2回以上実施します。

- ⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。

- ⑥ 虐待の防止のための指針を整備します。

- (2) 事業者は、職員または養護者（利用者様のご家族等現に養護する者）から虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するとともに、虐待の早期発見のため行政が行う調査等に協力します。

12. 身体拘束について

- (1) サービス提供において当該利用者様または他の利用者様等の生命もしくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束のほか、利用者様の行動の制限は行いません。

- (2) 緊急やむを得ず身体拘束をする場合には、その態様及び時間、その際の利用者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

13. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 事業所における苦情対応

担 当 管理者

電話番号 026-236-8200

（受付時間：月曜日～金曜日、9時～17時）

- (2) その他

事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

長野市介護保険課

026-224-7991

長野県国民健康保険団体連合会

026-238-1580

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有	無
実施した直近の年月日	年 月 日	
実施した評価機関名称		
評価結果の開示状況	有	無

15. 運営推進会議の設置

地域密着型通所介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため以下のとおり運営推進会議を設置します。

＜運営推進会議＞

構 成：利用者様、ご家族、市職員、地域包括支援センター職員、地域住民の代表者様、民生委員 等

頻 度：概ね6か月に1回以上開催

会議録：会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

この重要事項説明書の説明年月日

年

月

日

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者	法人	エフビー介護サービス株式会社 ㊞
	法人所在地	長野県佐久市長土呂159番地2
	事業所名称	エフビー柳原デイサービスセンター
	事業所番号	2070103839
	事業所住所	長野県長野市大字小島785番地
	電話番号	026-236-8200
	事業所管理者	荻野 法康

契約書及び本書面により事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の交付及び説明を受け、内容について承諾しました。

利用者様	住所	〒
	電話	
	氏名	㊞

代理人様	住所	〒
	電話	
	氏名	㊞

連帯保証人様	住所	〒
	電話	
	氏名	㊞