

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業

重要事項説明書

寄り合い処ふらっと聖

エフビー介護サービス株式会社

第1号通所事業（通所介護相当サービス） 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 0267-66-7867 （受付時間：月曜日～金曜日、9時～17時）
 担 当 管理者 田中 久美子

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 | 寄り合い処ふらっと聖 |
| 所在地 | 長野県佐久市長土呂908番地1 |
| 介護保険事業所番号 | 2071701367（指定年月日：2013年11月1日） |
| 通常の事業の実施地域 | 佐久市 |
| 利用定員 | 17名 |
| 営業日 | 月曜日～土曜日（ただし年末年始を除く） |
| 営業時間 | 8時30分～17時30分 |
| サービス提供時間 | 8時30分～17時30分 |

(3) 事業所の設備の概要

| | |
|----------|-----------|
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 53.68㎡ |
| 浴室 | 一般浴槽 |
| 静養室 | 1室1床 |
| 相談室 | 1室 |
| 送迎車 | 3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、利用者様の要介護状態となることの予防のため、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。支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額を負担いただきます。以下は1割負担の場合の料金表です。基本料金は月単位の定額制です。月の途中で居住地の変更に伴う事業所の変更があったり、介護認定の状態区分が要支援状態から要介護状態に変更されると日単位の料金となります。

① 基本料金

| | | |
|--------------------|----------------|----------|
| 通所型サービス (入浴を含む) | 週1回程度、月4回までの利用 | 436円/回 |
| | 月5回以上の利用 | 1,798円/月 |
| | 週2回程度、月8回までの利用 | 447円/回 |
| | 月9回以上の利用 | 3,621円/月 |

② 加算料金

ご利用状況に応じて加算が算定されます。

| 内 容 | 自己負担 (1割) |
|-----------------|----------------|
| 生活機能向上グループ活動加算 | 100円/月 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 240円/月 |
| 栄養アセスメント加算 | 50円/月 |
| 栄養改善加算 | 200円/月 |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 150円/月 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 160円/月 |
| 一体的サービス提供加算 | 480円/月 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 週1回程度 (88円/月) |
| | 週2回程度 (176円/月) |

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 週1回程度 (72円/月) 週2回程度 (144円/月) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 週1回程度 (24円/月) 週2回程度 (48円/月) |
| 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 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20円/回 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5円/回 |
| 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 キャンセル料

月単位の定額制のためキャンセル料はありませんが、中止が決まりましたらお早めにご連絡ください。

(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。

| | | |
|------|------|------------------|
| 荻原医院 | 所在地 | 佐久市岩村田住吉町1055番地2 |
| | 電話番号 | 0267-67-2051 |

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2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 田中 久美子 |
|-------------|------------|

- 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を開催するとともに、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. 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 0267-66-7867 (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。

佐久市高齢者福祉課

0267-62-3154

長野県国民健康保険団体連合会

026-238-1580

13. 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 |

この重要事項説明書の説明年月日

年 月 日

第1号通所事業（通所介護相当サービス）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 | 寄り合い処ふらっと聖 | |
| | 事業所番号 | 2071701367 | |
| | 事業所住所 | 長野県佐久市長土呂908番地1 | |
| | 電話番号 | 0267-66-7867 | |
| | 事業所管理者 | 田中 久美子 | |

契約書及び本書面により事業者から第1号通所事業（通所介護相当サービス）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 | | ㊞ |