

# 地域密着型通所介護重要事項説明書

はすの湯 小泉



株式会社 ライフ・サポート

## 地域密着型通所介護 重要事項説明書

### 1 地域密着型通所介護事業者の概要

名 称	株式会社ライフ・サポート	法人種別	株式会社
代 表 者 名	山中 利恭		
所在地・連絡先	(住所) 〒503-0852 岐阜県大垣市禾森町5丁目8番地 (電話) 0584-71-9412 (FAX) 0584-77-2664		

### 2 事業所の概要

#### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	はすの湯 小泉
所在地・連絡先	(住所) 〒503-0816 大垣市小泉町342-2 (電話) 0584-84-2770 (FAX) 0584-84-2771
事業所番号	2192100358
管理者の氏名	谷口 忠
利用定員	1単位【AM】(月曜日～金曜日) 15名 (土曜日) 10名 2単位【PM】(月曜日～金曜日) 15名 (土曜日) 10名

#### (2) 事業所の職員体制・勤務体制

従業者の職種	人数 (人)	勤務時間帯	職務の内容
管 理 者	1	8:30～17:30	事業所と従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	1以上	8:30～17:30	事業所に対する地域密着型通所介護の利用の申し込みに係る調整、他の通所介護(介護予防通所介護)者に対する相談・助言及び技術指導を行い、またその他の従業者と協力して地域密着型通所介護計画の作成を行う。
介護職員	1以上	8:30～17:30	利用者の日常生活の支援、入浴及び送迎等の支援を行う。
看護職員	1以上	8:30～17:30	利用者の健康管理、医療との連携支援を行う。
機能訓練指導員	1以上	8:30～17:30	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練・指導及び助言を行う。

※看護職員がサービス提供時間を通じて専従できない場合の協力機関

事業所名	ロータスデイサービス大垣	事業者	株式会社ライフ・サポート
所在地	大垣市禾森町5丁目8番地	対応可能時間	月～土 8:30～17:30

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	上石津地区を除く大垣市全域
---------	---------------

(4) 営業日

	1単位 (AM)	2単位 (PM)
営業日	月曜～土曜	月曜～土曜
サービス提供時間	9:15～12:15	13:30～16:30
休業日	日曜・12/31・1/1	日曜・12/31・1/1

3 ケアサービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
入浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 (当施設の保有する福祉器具・リハビリ器具) 歩行器3台 車いす3台 滑車1台
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として別紙料金表の利用料金の1割、2割又は3割が利用者の負担額となります。

- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

おむつ代	おむつ 1枚 100円 紙パンツ 1枚 120円 パッド類 1枚 50円
地域密着型通所介護（介護予防通所介護）の提供に当たって通常必要となる日常生活上の便宜の提供にかかる費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用	実費

○ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の前日 17時までに連絡があった場合	無料
利用日の当日に連絡があった場合	利用料の1割負担分

(3) 利用料等のお支払方法

利用料金は、毎月10日以降に前月分の請求をいたしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引落	サービスを利用した月の翌月28日（祝休日の場合は翌銀行営業日）に、ご指定の口座より引落させていただきます。
銀行振込み	サービスを利用した月の翌月28日までに、事業者が指定する下記口座にお振込みください。 大垣共立銀行 赤坂支店 普通口座 0838261 カブシキガイシャ ライフ・サポート

※現金での支払いは取り扱っていません。

## 4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

株式会社ライフ・サポートが実施する指定地域密着型通所介護事業所が行う指定地域密着型通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員または、看護職員、機能訓練指導員、介護職員等の従業者が要介護状態にある高齢者に対し、利用者の意志及び人格を尊重し利用者の立場に立った適正な指定地域密着型通所介護を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

本事業の地域密着型通所介護従事者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護等日常生活上必要な世話及び機能訓練を行う。

2 事業の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他の保険・医療又は福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) その他

事 項	内 容
通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者または生活相談員が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。 また、サービスの提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
個別機能訓練計画の作成及び事後評価	個別機能訓練を希望されるご利用者に対し、個別機能訓練計画書を作成します。また、訓練目標の達成状況等を評価し、その結果を書面にて担当介護支援専門員様に交付します。
運営推進会議	規定に基づき、事業所が設置・開催・運営します。（半年に1回以上開催します。） 利用者の家族や高齢介護課、地域住民の代表者等にご参加いただき、提供しているサービス内容を明らかにすることでサービスの質を確保し、地域との連携を図ることを目的としています。
従業員研修	入社1ヶ月以内及び随時。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 管理者・生活相談員 ご利用時間 9：00～17：00 ご利用方法 電話（0584-84-2770） 面接（当事業所相談室） ※又はお住まいの市町村介護保険窓口まで 電話（0584-81-4111）
-------------	---

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに別紙「救急事態に対する情報提供カード」に基づき対応します。

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める対応マニュアルに則り対応を行います。
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。

利用日当日、気象警報【暴風・大雨・大雪・洪水】が発令された場合は、次のような対応とさせていただきます。

警報発令時	送迎を見合わせます
<AM利用時> 8：00までに警報が解除された場合 <PM利用時> 12：00までに警報が解除された場合	通常通りの開催となります。 ※道路渋滞や浸水等がする時は予定時間に遅れが生じる事があります。
<AM利用時> 7：30までに警報が解除されなかった場合 <PM利用時> 11：30までに警報が解除されなかった場合	当日の利用は中止とさせていただきます
デイサービス開催中に発令された場合	各家庭に連絡し、送迎時間をお知らせします

但し、家族による送迎のある場合は、この限りではありません。

## 8 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください

事業者は、利用者のサービス提供にあたり、重要事項説明書を説明しました。

(事業者) 事業所名 はすの湯 小泉  
住 所 岐阜県大垣市小泉町 342-2  
TEL 0584-84-2770  
FAX 0584-84-2771

説明者名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族または代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( )

