

通所介護・通所介護相当サービス

重要事項説明書



株式会社デルトラウム

健康道場 たんぽぽ

事業所番号 2070301326

重要事項説明書

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名 | 株式会社デルトラウム |
| (2) 法人所在地 | 長野県上田市材木町2-12-1 |
| (3) 電話番号 | 0268-21-0055 |
| (4) 代表者氏名 | 内山 貴之 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 事業所の種類 | 通所介護相当サービス・通所介護事業所
平成 21 年 7 月 16 日 指定
介護保険事業所番号 第2070301326号 |
| (2) 事業所の目的 | 事業の実施にあたり、介護保険法等の関係法令に従い利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービスその他の便宜を提供することにより、利用者の日常生活の便宜及び介護する方の負担の軽減を図ります。 |
| (3) 事業所の運営方針 | 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、その他地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 |
| (4) 事業所の名称 | 健康道場たんぽぽ |
| (5) 事業所の所在地 | 長野県上田市五加920-5 |
| (6) 電話番号 | 0268-75-5518 |
| (7) FAX 番号 | 0268-75-5518 |
| (8) 管理者名 | 堀内 正典 |

(9) 利用定員 40名 (本体事業所 20名、サテライト型事業所 15名)

(10) 設備の概要 (当事業所では以下の設備をご用意しています。)

設備の種類	備 考
食 堂	自社調理員にて調理
静 養 室	
相 談 室	
機能訓練室	各種運動器具設置
浴 室	一般浴槽
送 迎 車	軽自動車・普通車

3. 事業実施地域・営業日及び営業時間

(1) 事業の実施地域 上田市・青木村・坂城町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日 ～ 土曜日 (祝祭日含む)
特別休日	年末年始休暇
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時 ～ 午後5時

4. 事業所の職員体制

職 種	人員基準	常勤	非常勤
管理者	1	1	
生活相談員	1	1(兼務)	1(兼務)
看護職員	1	1(兼務)	1(兼務)
介護職員	2以上	3(兼務)	6(兼務)
機能訓練 指導員	1	1(兼務)	1(兼務)

※常勤／非常勤は契約時の人数

5. サービスの内容

- ①送迎
- ②食事
- ③入浴 (一般浴)
- ④機能訓練
- ⑤生活相談 等

6. 利用料等 (契約書第5条参照)

利用者の方からいただく利用料等は次のとおりです。この利用料は介護保険法の法定利用料に基づく金額です。

なお次の（２）の費用が必要となる場合には、事前に詳細な説明をし、利用者の同意を得て行います。

(1) 介護保険給付対象サービス利用料・・・(通常規模型)

○通所介護相当サービス(要支援・事業対象者の方)

	単位	1カ月の利用料
要支援1	1,798	1,798 円
要支援2	3,621	3,621 円

*運動機能向上加算は包括化されます。

*処遇改善加算は下記参照。

○通所介護サービス(要介護の方)

所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

	単位	1 日の利用料	
要介護1	584	5,840 円	負担割合証に基づく割合
要介護2	689	6,890 円	
要介護3	796	7,960 円	
要介護4	901	9,010 円	
要介護5	1008	10,080 円	

加算	単位	1 日の利用料	介護保険適用時の自己負担額
個別機能訓練Ⅰイ	56	560 円	負担割合証に基づく割合
入浴介助加算Ⅱ	40	400 円	
サービス体制強化加算Ⅲ	6	60 円	
処遇改善加算	介護職員処遇改善加算Ⅰ		13.7% (R6 年 6 月以降新制度)
	介護職員等ベースアップ等支援加算		2.4% (R6 年 6 月以降新制度)

○食事代について

700円/1食当たり

(2) 介護保険給付対象外サービス利用料（全額自己負担）

- ① 食事・・・一食につき 700円（おやつ込み）
- ② 個々の趣味活動に使う物
- ③ 尿とりパット1枚50円・リハビリパンツ1枚200円
- ④ 洗濯代・・・一回300円
- ⑤ アクアタイザー・・・10分200円（個人によっては使用できない場合があります）
- ⑥ アルファ21・・・15分100円（個人によっては使用できない場合があります）

※一部お受けできない場合もあります、利用する際は御相談下さい。

- * 介護保険適用の利用者様でも、保険料滞納等があり事業者を支払われない場合、一旦全額利用料金を支払っていただきます。その後、サービス提供証明書を発行いたしますので、このサービス証明書を各市町村の窓口へ提出しますと、差額の支払いを受けることができます。

(3) 利用料のお支払いについて

毎月11日頃に前月の利用分の請求書を発行いたします。口座引落の方は、27日引落させて頂きます。現金支払の方は、30日までにお支払いください、領収書を発行いたします。

7. 利用の中止（キャンセル）について（契約書第6条第2項参照）

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに次の連絡先までご連絡下さい。

	連絡先	FAX
健康道場たんぽぽ	0268-75-5518	0268-75-5518

- (3) 利用者の都合でサービスをキャンセルする際には、できるだけ利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、下記のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。ただし、利用者の状態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合には、キャンセル料は不要です。

* キャンセル料について

- ・利用当日の午前8時30分までにご連絡をいただいた場合は無料。
 - ・利用当日の午前8時30分までにご連絡をいただかなかった場合利用者負担金の100%をいただきます。
- 利用日が月曜日の場合はご注意ください。

8. 利用に際しての留意事項

介護職員等がサービスを提供する際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- (1) 贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (2) 宗教活動や営利を目的とした勧誘は行うことはできません。
- (3) 金銭・貴重品について、原則として利用者本人責任において管理していただきますが、それらの必要以上の持ち込みについてはご遠慮ください。
- (4) 食べ物は、健康上の理由等のため持ち込みはご遠慮ください。
- (5) 正当な理由なく 3 ヶ月以上利用料のお支払をいただけない場合はサービスの中止や契約を解除することもあります。
- (6) ハラスメント行為（※1）などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの中止や契約を解除することもあります。
（※1）事業所の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- (7) 事業所内の写真や動画撮影、録音等をインターネット等に掲載することを禁止します。

9. 緊急時の対応（契約書第10条参照）

サービスの提供に事故、体調の急変、その他緊急事態が生じたときは、ご家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等への連絡をいたします。

医療機関等	医療機関名 主治医の氏名 連絡先
緊急連絡先	氏名 連絡先

10. 事故発生時の対応・損害賠償（契約書第11条・第12条参照）

サービスの提供中に事故が発生した場合は、市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に早急に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

このため、次の賠償責任保険に加入しています。

保険の種類	賠償責任保険
保険会社	株式会社損害保険ジャパン

1.1. 非常災害対策

事業所は、非常災害、風水害及び地震等に対処するため、消防計画等を作成し、全従業員参加により避難、救助訓練を行います。

1.2. 苦情処理の受付と対応（契約書第14条参照）

（1）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窓口で受け付けます。

受付時間	午前8時30分から午後5時30分まで
電話番号	0268-75-5518
FAX 番号	0268-75-5518
担当者	原田 彩子

*『苦情受付ボックス』を事業所入口に置きそちらでも受け付けていたします。

（2）苦情処理の対応（契約書第14条）

- ① 相談・苦情の受け付けは、原則として事業所の管理者が対応する。
- ② 寄せられた相談・苦情に対し、管理者は速やかに相手先に連絡をとり、必要があれば利用者宅を訪問し、その内容の確認や状況の把握に努める。
- ③ 事業所内で管理者を中心に会議を開き、問題点の整理を行い、今後の改善策を検討する。
- ④ 改善策について、管理者が利用者に対し事情説明を行う。
- ⑤ 管理者は改善策を実施するとともに、従業員への指導を徹底させ再発防止に努める。
- ⑥ 必要に応じ地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、市町村及び国民健康保険団体連合会に対し報告を行い、助言を受ける。
- ⑦ 相談・苦情を受け付けた場合にはその内容と処理経過を記録する。

（3）下記の公的機関等においても、相談・苦情の申し出ができます。

長野県健康福祉部 介護支援課	所在地	長野市大字南長野692-2番地
	電話番号	026-235-7121
	FAX 番号	026-235-7394
	受付時間	午前8時30分から午後5時15分迄
長野県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	長野市大字西長野字加茂北143-8
	電話番号	026-238-1555
	FAX 番号	026-238-1581
	受付時間	午前9時から午後5時まで （土・日・祝日を除く）
上田市福祉部 高齢者介護課	所在地	上田市大手1-11-16
	電話番号	0268-23-6246
	FAX 番号	0268-29-4466
	受付時間	午前9時から午後5時まで（土・日・祝日を除く）

青木村 地域包括支援センター	所在地	長野県小県郡青木村大字田沢 111
	電話番号	0 2 6 8 - 4 9 - 0 1 1 1
	FAX 番号	0 2 6 8 - 4 9 - 3 6 7 0
	受付時間	午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 1 5 分迄
坂城町役場 福祉健康課 保険係	所在地	埴科郡坂城町大字坂城 10050
	電話番号	0 2 6 8 - 8 2 - 3 1 1 1 (内線 134)
	FAX 番号	0 2 6 8 - 8 2 - 8 3 0 7
	受付時間	午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 1 5 分迄

13. 第三者評価の受審

当所は第三者評価の実施は無し

《 説明確認欄 》

令和 年 月 日

私は、サービス契約の締結にあたり、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けましたので同意します。

【 利用者 】

住所

氏名

【 署名代行者 】 （続柄： ）

私は、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

住所

氏名

サービス契約の締結にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【 説明者 】

事業所 名称

健康道場 たんぽぽ

説明者氏名

印