

通所介護相当サービス・通所介護

通所型サービス A

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

サテライト型事業所 やまぶき

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 | 0268-23-5000 |
| (4) 代表者氏名 | 内山貴之 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定介護予防通所介護事業所
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 | 健康道場たんぼぼ
サテライト型事業所やまぶき |
| (5) 事業所の所在地 | 長野県北佐久郡立科町芦田 1872-1 |
| (6) 電話番号 | 0267-51-3020 |
| (7) FAX 番号 | 0267-51-3020 |
| (8) 管理者 | 堀内正典 |
| (9) 利用定員 | (通所介護相当サービス・通所介護) 15 名
(通所型サービス A) 10 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・普通自動車

3. 事業実施地域・営業時間

(1) 事業の実施地域 立科町・上田市・東御市・佐久市・長和町

(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

[通所介護]

職 種	人員基準
管理者	1
生活相談員	1
看護職員	1
介護職員	1 以上
機能訓練指導員	1

[通所型サービス A]

職 種	人員基準
管理者	1
従事者	1

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

※通所型サービス A をご利用の場合一部提供できないサービスがあります。

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の方の場合

	1か月の利用料	介護保険適用時の自己負担額
要支援1 事業対象者	17,980円	負担割合証に基づく割合
要支援2 事業対象者	36,210円	

加算	1月の利用料	介護保険適用時の自己負担額
サービス体制強化加算Ⅲ	240円～480円	負担割合証に基づく割合
運動機能向上	基本料金に含まれる	

※上記金額に介護職員処遇改善加算Ⅰ及び介護職員等ベースアップ等支援加算が加算されます。

※送迎を行わない場合 片道一47円。

通所介護サービスの方の場合

(6時間以上7時間未満のサービス提供に対する1回あたりの負担額です)

区分	単位	1日の利用料	介護保険適用時の自己負担額
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・減算	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Ⅰ1	56	560	負担割合証に基づく割合
サービス体制強化加算Ⅲ	6	60	
入浴介助Ⅰ	40	400円	
入浴介助Ⅱ	55	550円	
口腔機能向上体制加算Ⅰ	150	1500円	
*送迎を行わない場合	片道 -47	-470円	

※上記金額に介護職員処遇改善加算Ⅰ及び介護職員等ベースアップ等支援加算が加算されます。

・上記時間以外の基本額につきましては改めて説明させていただきます。

通所型サービスAの方の場合

	1か月の利用料	介護保険適用時の自己負担額
週1回半日利用	11,200円	負担割合証に基づく割合
週1回1日利用	12,400円	
週2回半日利用	22,400円	
週2回1日利用	24,800円	

上記金額に立科町介護職員処遇改善加算が加算されます。

(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 アクアタイザー・・・10分200円
- ③ アルファ21・・・25分150円、15分100円
- ④ メドマー・・・10分100円
- ⑤ 洗濯代・・・1回300円
- ⑥ 午後のみご利用の方・・・おやつ代100円
- ⑦ 尿取りパット 50円/枚、リハビリパンツ 200円/枚

* 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に提出しますと、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15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日引落させていただきます。現金支払の方は、30日までにお支払いください。領収書を発行致します。

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
やまぶき	0267-51-3020	0267-51-3020

(2) 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、次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。
- ・ご連絡をいただかず、お迎えに伺った場合は昼食代をいただきます。

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、御家族、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 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、御家族、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	0267-51-3020
FAX 番号	0267-51-3020
担当者	米沢 久美子

*『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相談員が対応する。
- ② 寄せられた相談・苦情に対し、相談員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 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)

立科町役場町民課 福祉係	所在地	北佐久郡立科町大字芦田2532
	電話番号	0267-56-2311
	FAX 番号	0267-56-2310
	受付期間	午前9時から午後5時まで (土・日・祝日を除く)

上田市健康福祉部 介護保険課	所在地	上田市大手1-11-16
	電話番号	0268-23-6246
	FAX 番号	0268-29-4466
	受付期間	午前9時から午後5時まで (土・日・祝日を除く)

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
サテライト型事業所 やまぶき

説明者氏名

印