基準該当生活介護

重要事項説明書

あさひケアセンター月の郷 ≪株式会社あさひコモンズ≫

当事業所は介護保険の指定を受けています。 (第 1570401396 号)

当事業所は基準該当事業の指定を受けています (第 1540400080 号)

当事業所は、契約者に対して障害者総合支援法に基づく基準該当生 活介護サービスを提供します。

事業所概要や提供されるサービス内容、契約上注意して頂きたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者(法人)の概要

| 事業者(法人)の名称 | 株式会社 あさひコモンズ | |
|------------|----------------------------|--|
| 主たる事務所の所在地 | 〒955-0803 新潟県三条市月岡1丁目5番27号 | |
| 代表者(職名・氏名) | 代表取締役 名古屋孝徳 | |
| 設立年月日 | 平成12年3月15日 | |
| 電話番号 | 0256-34-3636 | |

2. ご利用事業所の概要

| ご利用事業所の名称 | あさひケアセンター月の郷 | |
|-------------|----------------------------|---------------------|
| サービスの種類 | 基準該当生活介護事業所 | |
| 事業所の所在地 | 〒955-0803 新潟県三条市月岡1丁目5番27号 | |
| 電話番号 | 0256-34-3636 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成29年9月1日指定 | 1 5 4 0 4 0 0 0 8 0 |
| 実施単位・利用定員 | 1 単位 | 定員30人 |
| 通常の事業の実施地域 | 旧三条市 | |

3. 事業の目的と運営の方針

| 事業の目的 | 当事業所は、障害者総合支援法令に従い、ご契約者(利用者)がその有す |
|-------|-----------------------------------|
| | る能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支 |
| | 援することを目的として、ご契約者に基準該当生活介護サービスを提供し |
| | ます。 |
| | 利用者一人ひとりの個性と要望を大切にし、利用者及びその家族とのコミ |
| 運営の方針 | ュニケーションに努め、利用者の生き生きとした生活づくりを援助しま |
| 連当の分割 | す。また、地域住民との交流に努めるとともに、地域の保健・福祉・医療 |
| | サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 |

4. 提供するサービスの内容

基準該当生活介護サービスは、事業者が設置する事業所(デイサービスセンター)に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

| 営業日 | 月曜日から土曜日 | |
|----------|-----------------|--|
| 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00分~午後5時00分 | |

6. 事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。なお、職員は通所介護、介護予防通所介護現行相当サービスの職務を兼務します。

| 職種 | 人員 | 職務内容 |
|----------|------|------------------------------|
| 1. 管理者 | 1名 | 職員の管理及び業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的 |
| | | に行うとともに、職員に厚生労働省令で定められている運営基 |
| | | 準を遵守させるために必要な指揮命令を行う。 |
| 2. 生活相談員 | 2名以上 | 利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービ |
| | | スが提供されるよう事業所内のサービスの調整、他の介護保険 |
| | | 施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する |
| | | 者等との連携を行う。 |

| 3. 看護職員 | 2名以上 | 利用者の身体の状況を的確に把握して健康管理を行うととも |
|------------|------|------------------------------|
| | | に、事業所の衛生管理等の業務を行う。 |
| 4. 介護職員 | 5名以上 | 利用者の介護、自立的な日常生活を営むために支援等の業務を |
| | | 行う。 |
| 5. 機能訓練指導員 | 2名以上 | 利用者が心身の状況等に応じて日常生活を営むのに必要な機 |
| | | 能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。 |
| 6. 栄養士 | 1名 | 利用者の栄養や心身の状況及び嗜好を考慮した献立及び栄養 |
| | | 指導を行うとともに、栄養管理関係書類の整備及び食品衛生法 |
| | | の定めるところによる衛生管理等を行う。 |
| 7. 調理職員 | 3名以上 | 栄養士の指導のもとに食事の調理を行う。 |
| 8. 事務職員 | 1名以上 | 運営に関する庶務的な業務及び経理業務に従事する。 |

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員(生活相談員)及びその管理責任者(管理者)は下 記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何で もお申し出ください。

| 担当職員の氏名 | 生活相談員 外山詩穂、 望月隆 |
|----------|-----------------|
| 管理責任者の氏名 | 管 理 者 角田知美 |

8. 利用料

(1) 基準該当生活介護サービス費

あなたがサービスを利用した場合の「基準額」「加算」は以下のとおりです。

| 高齢者デイサービスを利用し た場合 | 基準額 | 備考 |
|---|----------|--|
| 介護保険における指定介護事 業所において基準該当生活介 護作業を提供した基準額 | 6, 930円 | 受給者証の負担上限 月額の記載欄までの 負担額が発生いたし ます。 |
| 高齢者デイサービスを利用し た場合 | 食事提供体制加算 | 備考 |
| 基準該当サービス内において 食事を提供した場合 | 300円 | 受給者証の食事提供 体制加算対象者記載 欄が有となっている 方が対象です。 |

(2) その他の費用

| 食費 | 食事の提供を受けた場合、1回につき820円の食費をいただきます。また、特別食(ミキサー食、貧血食、腎不全食、腎臓病食)提供は、50円の追加料金をいただきます。 |
|------|---|
| おむつ代 | おむつ等の提供を受けた場合、実費をいただきます。 |
| | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認 |
| その他 | められるもの (利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など) |
| | について、費用の実費をいただきます。(レク費1回11円) |

※オムツ及び尿取りパットを持参された際、料金は発生しません

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。なお、利用料が月単位の定額の場合は、キャンセル料は不要とします。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|--------------|------------------|
| 利用予定日の前日 | 無料 |
| 利用予定日の当日 | 820円(昼食の額) |
| ご自宅まで迎えに行った時 | 300円+820円 (昼食の額) |

(4) 支払い方法

前頁(2)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、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 | | |
|---------|---|--|--|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直後の平日)にあなたが指定する口座より引き落とします。 | | |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直前の平日)までに、 事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 三条信用金庫 月岡支店 普通口座 0072336 (株) あさひコモンズ | | |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の20日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。 | | |

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

10. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

11. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市区町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、 賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

| 事業所相談窓口 | 電話番号 | 0 2 5 6 - 3 4 - 3 6 3 6 |
|---------|------|-------------------------|
| 事業所相談窓口 | 面接場所 | 当事業所の相談室 |

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

| 苦情受付機関 | 三条市 | 福祉課 | 障がい支援係 | 電話番号 | 0 2 5 6 - 3 4 - 5 4 0 8 |
|--------|------|------|--------|------|-------------------------|
| | 新潟県 | | | 電話番号 | 025-281-5609 |
| | 福祉サー | ビス運営 | 適正化委員会 | | |

13. サービスの利用にあたっての留意事項

| 項目 | 留 意 内 容 |
|---------------|------------------------------|
| 1. 送迎時間 | 道路事情、天候等により、予定時間を前後する場合がありま |
| | す。 |
| 2. 体調確認 | 利用時に健康チェックを行いますが、居宅においての体調の |
| | 変化、通院等がありましたら、必ずお知らせください。 |
| 3. 体調不良等による利用 | 健康チェックで異常がある場合や健康状態がすぐれない場合 |
| の変更・中止 | には、サービスの中止または内容を変更することがあります。 |
| 4. 設備・器具の利用 | 施設内の設備・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が生じた場合、賠償していた |
| | だく場合がございます。 |

個人情報の使用に関する同意書

私の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

| (利用者) | | |
|--------|--|--|
| (署名代行) | | |
| (家族代表) | | |

1 使用する目的

- ① 利用者に関わる居宅サービス計画または介護予防サービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供
- ② 介護支援専門員との連絡調整において必要となった場合

2 個人情報を使用する事業者及びその誓約

| サービスの種類 | 所在地 | 事業者名及び事業所名 | 代表者印 |
|--|-----------------------|---------------------------|------|
| 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護 通所介護 介護予防通所介護相当サービス | 三条市月岡 1丁目5番 27号 | 株式会社 あさひコモンズ あさひケアセンター月の郷 | |

あなたとのサービス利用に関わる契約の締結前にあっても、提供された個人情報について決して第三者に漏らしません。

また、サービス提供に関わる目的以外には、決して使用しません。

3 使用する期間

令和 年 月 日 ~ 当事業所との契約終了までの期間

4 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当っては関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて、経過を記録しておくこと。
- ③ あさひコモンズの広報紙やホームページにおける個人写真の掲載への同意について (同意 ・ 同意しない)