

通所介護・介護予防通所介護サービス重要事項説明書

1 法人概要

平成 年 月 日現在

- (1) 名称 特定非営利活動(NPO)法人 北アルプスの風
 (2) 法人所在地 大町市神栄町2790番地2
 (3) 代表者氏名 代表理事 神谷典成
 (4) 設立年月 平成14年7月

2 通所介護サービスの目的

要支援または要介護状態にあるお客様に対し、介護保険法で定める通所介護サービスを提供し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等を行うことにより、お客様の心身機能の維持及び社会的孤立感の解消を図り、お客様が可能な限り居宅に於いて自立したその人らしい生活を営むことができるよう、また、お客様を介護されている方の身体的・精神的負担を少して軽減できるよう支援します。

3 運営方針

ほっとハウスときわの家(以下、「ときわの家」とします)は、ご利用人数が10人程度の少人数であり、一人ひとりに合わせた日課で一日をお過ごし頂き、食事・入浴等各種サービスはご家庭の延長線上で提供させていただきます。言わば、第2の『我が家』としてお客様に考えて頂けるよう、家庭的で家族のような気遣いと温かさがある介護サービスを提供します。

4 通所介護サービスを提供する事業所(以下、「サービス事業所」とします)

(1) サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	ほっとハウス ときわの家		
所在地	〒398-0004 大町市常盤2364番地5		
電話番号等	:0261-22-8119 Fax:0261-22-8119		
設立年月	平成19年4月		
指定事業者番号		利用定員	12名
実施サービス	通所介護 介護予防通所介護 介護保険対象外の方のデイサービス		
サービス提供地域	大町市・松川村・池田町・安曇野市		

(2) 職員体制

	常勤	非常勤	計	資格等
管理者	1人	人	1人	
生活相談員	1人	人	1人	社会福祉主事以上の有資格者
事務職員(その他)	人	人	人	
看護職員	人	1人	1人	看護師等
介護職員	2人	人	2人	介護福祉士・訪問介護員等
職員体制に関する備考(兼務の有無等)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は介護職員と兼務 ・生活相談員と介護職員兼務 ・看護師は健康管理の他、機能訓練及び口腔ケアの業務を兼務する 			

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前9時00分～午後5時00分(送迎時間を含みます)
休業日	日曜日 8月14日～8月16日 12月29日～1月3日
備考	

5 主たるサービスの内容

介護保険法で定める以下の通所介護サービスを提供致します。

1	相談援助	お客様やそのご家族の介護を主とした生活相談等の対応
2	健康チェック	体温・血圧・脈拍の測定等
3	入浴	一人ひとり家庭浴槽でのご入浴（お一人でご入浴できない方は職員が介助させていただきます）
4	運動器機能訓練	看護師等による機能訓練（ご希望者）
	口腔体操	看護師等による口腔機能を向上させる体操や口腔内の管理（ご希望者）
5	食事等	昼食・おやつの提供
6	送迎	お客様のご自宅からサービス事業所（ときわの家）までの送迎
7	レクリエーション	お客様が希望する余暇活動の提供
8	その他	その他必要な日常生活上の世話等

6 利用料金

下記の基本料金及び加算は介護保険法で定める通所介護サービスの報酬単価です。

（1）基本料金・加算【介護予防通所介護・通常型通所介護】

要介護区分	該当	サービス提供時間	基本料金 (1割負担分)	該当する加算分 に該当サービスをチェック
要支援 1		希望時間 (10時~16時の間)	(月額) 2,226円	アクティビティ実施加算 81円/月
要支援 2			(月額) 4,353円	
経過的要介護		2~3時間	271円	利用前後に日常生活上の世話を 行う場合 ・8時間以上9時間未満...50単位 ・9時間以上10時間未満...100単位
		3~4時間	396円	
		4~6時間	529円	
		6~8時間	707円	
要介護 1		2~3時間	303円	
		3~4時間	437円	
		4~6時間	588円	
		6~8時間	790円	
要介護 2		2~3時間	353円	
		3~4時間	504円	
		4~6時間	683円	
		6~8時間	922円	
要介護 3		2~3時間	399円	
		3~4時間	570円	
		4~6時間	778円	
		6~8時間	1,055円	
要介護 4		2~3時間	445円	
		3~4時間	636円	
		4~6時間	872円	
		6~8時間	1,187円	
要介護 5		2~3時間	491円	
		3~4時間	702円	
		4~6時間	967円	
		6~8時間	1,320円	

(2) 利用者負担金

介護保険適用になるお客様(要支援または要介護認定を受けている方)は、上表の基本料金の1割をお支払い頂きます。(消費税は課税されません)

ただし、介護保険の給付の範囲を超えた分に関しましては、全額自己負担となります。

(3) 交通費

前記4に記載されているサービス提供地域にお住まいの方は無料です。

それ以外にお住まいの方は、送迎のためにかかる費用を別途ご負担して頂くことになり、その詳細は下表に記載されている通りです。

移動手段	負担して頂く交通費
送迎車	1 km あたり 15 円

(4) その他お客様の実費負担の対象になるもの

種類	基準額	備考
食事の提供に要する費用	570 円	1食あたり(おやつ代含む)
紙オムツ代	150 円	替えをお持ち頂いた場合は除きます
紙オムツ(フラットタイプ)代	60 円	替えをお持ち頂いた場合は除きます
尿とりパッド代	30 円	替えをお持ち頂いた場合は除きます
日用雑費	実費	内容により異なります
その他		

7 通所介護サービス計画及び利用料金の見積もり

居宅サービス計画に基いて提供する通所介護サービス計画及びその利用料金の見積もりは、別紙「通所介護サービスご利用確認書」に記載の通りです。

なお、「通所介護サービスご利用確認書」は、居宅サービス計画の変更により通所介護サービス計画に変更があった場合、新たにお客様に交付しその内容を確認するものとしてします。

8 キャンセル

お客様の都合によりサービスのキャンセルをした場合は、下表の料金を頂きます。

サービス利用日の前日、17時までにご連絡頂いた場合	無料
サービス利用日の前日、17時までにご連絡頂かない場合	基本料金の1割

お客様の容態の急変など、緊急かつやむを得ない場合はキャンセル料を頂きません。

上表の について、お客様の都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については、キャンセル料を協議のうえ変更します。

キャンセルをされる場合の連絡先	: 0261-22-8119
-----------------	----------------

9 お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、北アルプスの風が定める翌月の期日までにお支払い頂きます。

お支払い方法は、毎月分をスタッフが集金させて頂きます。また、お客様のご都合により、口座引き落とし、あるいは北アルプスの風が指定する以下の口座への振り込みも可能です。ただし、振り込みによるお支払いの場合、振り込み手数料はお客様の負担となりますので予めご了承下さい。

お振り込み先	八十二銀行 昭和通営業部
	普通 792405
	特定非営利活動法人 北アルプスの風

上記は、「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。

居宅サービス計画を作成していない場合など、「償還払い」の取り扱いについては、一旦お客様に基本料金をお支払い頂き、その後、保険者である市町村に保険給付分(基本料金の9割)を請求して頂くこととなります。

10 サービス相談窓口及び苦情受付窓口

サービス事業所

事業所名	ほっとハウス ときわの家		
受付時間	営業日の午前9時00分~午後5時00分		
電話番号	0261-22-8119	FAX	0261-22-8119

その他

その他の相談・苦情受付窓口としては、下記の窓口がございます。

- ・ 市町村の相談・苦情受付窓口
- ・ 国民健康保険団体連合会の苦情受付窓口
- ・ 北アルプス広域連合の苦情受付窓口

11 緊急時の連絡先

緊急時の主治医・ご親族等への連絡先は、予めサービス従業者により確認させていただきます。サービス提供中にお客様の容態に急変等があった場合には、当該の連絡先及び居宅介護支援事業者等へ連絡します。 以上

当事業者は、お客様に対する通所介護サービスの提供開始に当たり、お客様に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

平成 年 月 日

事業者	所在地	長野県大町市神栄町2790番地2
代表理事	事業者名	特定非営利活動法人 北アルプスの風
サービス事業所		神谷典成
管理者	所在地	長野県大町市常盤2364番地5
	事業所名	ほっとハウス ときわの家
		市川寿美 代 印

私は、重要事項説明書に基づいて、ほっとハウスかたつむりの家の職員からサービス内容及び重要事項説明書の説明を受けました。

お客様 〒 住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人 〒 住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

立会人 または署名代行人 (該当する者にチェック)

〒 住所 _____

氏 名 _____