

デイサービスセンター古都 さおり館  
愛西市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業基本契約  
重要事項説明書

当施設において提供される愛西市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業サービスに関する重要な事項は次のとおりです。

1. 設置運営主体  
 法人名 有限会社 ライズケア  
 所在地 愛知県愛西市町方町北堤外76番地28  
 電話番号 0567-24-6187
2. 利用施設  
 施設の名称 デイサービスセンター 古都 さおり館  
 所在地 愛知県愛西市湊高町上八田31番地2  
 電話番号 0567-69-5106  
 利用定員 25名  
 事業者指定 2377200478

3. 施設の方針

利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感を解消及び心身機能の維持並びに家族等介護者の身体的、精神的負担の軽減を図る。

4. 施設の概要

|         |    |
|---------|----|
| 日常動作訓練室 | 1室 |
| 休 養 室   | 1室 |
| 一 般 浴 室 | 1室 |
| 相談室     | 1室 |
| 事務室     | 1室 |

5. 職員体制

| 職員      | 人数         |
|---------|------------|
| 管 理 者   | 1名         |
| 生活相談員   | 常勤換算1名以上   |
| 介護職員    | 常勤専従含み3名以上 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上       |
| 看 護 師   | 1名以上       |

6. サービス提供日時

- (1) 提 供 日 毎週月・火・水・木・金・日曜日。但し、12月31日から1月3日を除く。
- (2) 提 供 時 間 午前9時20分から午後4時30分まで。但し、送迎サービスについては前記提供時間前後に実施します。

- (注) ・利用回数、利用の曜日、入浴・送迎の有無などは、定員及び送迎車両の都合などによりご希望に添えない場合があります。  
 ・施設整備など運営上の事情により、休業させていただく場合があります。

7. 第1号通所事業の概要

|         |  |
|---------|--|
| 日常生活の援助 | 日常生活動作能力に応じて必要な援助を行う。                    |
| 健康状態の確認 | 職員により健康状態の確認を行う。                         |
| 機能訓練    | 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並びに心身の活性化を図る。 |
| 送迎      | 心身の状況により送迎を必要とする利用者に、専用車両による送迎を行う。       |
| 入浴      | 心身の状況に合わせて入浴介助を行う。                       |
| 食事      | 季節感のある食事を提供する。                           |

8. 利用料

(1) 通所介護相当サービス内容及び利用料

通所介護相当サービスの内容は次のとおりとし、サービス提供した場合の利用料の額は愛西市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業における指定事業者の指定等に関する要綱(第7条)に定める額とし、そのサービスが法廷代理受領サービスである場合、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額。

| サービス内容略称              | 算定項目                  | 給付率                      | 合成単位数  |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------|
| 通所型独自サービス<br>I (1日型)  | 事業対象者・要支援1・2<br>(週1回) | 10割の内、負担割合証に記載された割合外とする。 | 1798単位 |
| 通所型独自サービス<br>II (1日型) | 原則、要支援2<br>(週2回)      |                          | 3621単位 |
| 介護職員等処遇改善<br>加算II     | 所定単位数の9.0%            |                          |        |

(2) 介護保険給付サービス以外の利用料。

以下の項目について要した費用。

- ・ 食費 700 円 (おやつ代を含む)
- ・ おむつ代。(施設で提供した場合)
- ・ 日常生活に必要な費用。(例) 嗜好品購入代金。  
     日常生活品の購入代金。
- ・ 行事等に参加した場合、利用者負担が適当な費用。
- ・ その他、利用者の希望により特別なサービスの提供を受けた場合の費用。

(3) 利用料の支払い方法

利用料は、利用翌月末日までに、下記の方法にてお支払いいただきます。

- ・ 口座振替
- ・ 受付窓口での支払

9. 健康診断書

契約更新時以外にも、必要に応じて健康診断書あるいは医師の証明書等の提出を求める場合があります。

10. 事故発生時の対応

当施設が提供する通所介護相当サービスにより事故が発生した場合は、速やかに保険者及び関係各機関並びに甲（利用者）の身元引受人等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情の受付

当施設が提供する通所介護相当サービスに関する苦情やご相談は、窓口にて受け付けます。

- ・ 苦情受付担当者／古川 美々子（所長） 0567-69-5106

また、下記の機関でも受け付けています。

- |                         |              |
|-------------------------|--------------|
| 愛知県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情窓口 | 052-971-4165 |
| 津島市：津島市役所高齢介護課          | 0567-24-1117 |
| 愛西市：愛西市役所高齢介護課          | 0567-55-7116 |
| 稲沢市：稲沢市役所高齢介護課          | 0587-32-1286 |

※福祉サービス第三者評価の実施状況

当事業所では福祉サービス第三者評価の受審は行っておりません。

私は、本書面に基づいてデイサービスセンター古都さおり館が提供する通所介護相当サービスに関する重要な事項について説明を受けたことを確認し、その内容に同意します。

令和      年      月      日

甲（利用者）      住 所 \_\_\_\_\_

氏 名      \_\_\_\_\_ (印)

身元引受人      住 所 \_\_\_\_\_

氏 名      \_\_\_\_\_ (印)

重要事項説明担当者      \_\_\_\_\_ 古 川 美 々 子 (印)