

【契約書別紙】

通所介護 予防専門型通所

サービス利用重要事項説明書

＜ 令和 7年 4月 1日 現在 ＞

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 (052) 903-0729 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当 生活相談員 不破、北村

* ご不明な点がございましたら、お気軽にお尋ねください。

2. 当事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	デイサービスセンター七福
所在地	愛知県名古屋市北区中味簗2丁目207番
介護保険指定番号	通所介護 名古屋市 事業所番号:2370303386
サービスを提供する対象地域	名古屋市北区、西区、守山区、東区、春日井市とする。

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
生活相談員	2名		2名
看護職員	1名	4名	5名
機能訓練指導員	1名	5名	6名
介護職員	3名	6名	9名

(3) 当事業所の設備の概要

定員	27名(月～日)	静養室	1室 1床
食堂兼機能訓練室	1室 82.0㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽と個浴があります。	送迎車	3台

(4) 営業時間及びサービス提供時間

営業日	月・火・水・木・金・土・日(祝日含む)
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30分～午後4時40分

3. サービス内容

- ① 送迎 車椅子用のリフトつき車両にて送迎いたします。
- ② 食事 栄養士の作成したメニューに応じた食事を提供いたします。
- ③ 入浴 身体状況に応じた設備で入浴を行います。
- ④ 個別機能訓練 専門職員等が機能訓練を行います。(通所介護)
- ⑤ 生活相談 常勤の生活相談員が対応いたします。
- ⑥ 健康チェック 看護職員が中心になり、健康チェック、健康相談を行います。

4. 料金

介護保険負担割合(利用料)は所得に応じて決まります

本人の年齢	本人の合計所得金額	同一世帯の65歳以上の方の年金収入と その他の合計所得金額の合計		負担割合
64歳以下				1割
65歳以上	160万円未満			
	160万円以上	単身世帯	280万円以上	2割
		2人以上の世帯	346万円以上	
	220万円以上	単身世帯	340万円以上	3割
2人以上の世帯		463万円以上		

・合計所得金額…損失の繰越控除前の総所得金額(事業所得、給与所得、雑所得等)、特別控除前の土地・建物等の分離譲渡所得金額等の合計額(地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額)をいいます。

・その他の合計所得金額…合計所得金額から年金所得(所得税法第35条第2項第1号に規定する額)を除いた額をいいます。

(1) 利用料金

1. 介護予防通所介護 及び 予防専門型通所サービス利用料

	1ヶ月あたりの 利用料金	介護保険適用時(1割)の 1ヶ月あたりの自己負担額	介護保険適用時(2割)の 1ヶ月あたりの自己負担額	介護保険適用時(3割)の 1ヶ月あたりの自己負担額
要支援1	¥19,202	¥1,921	¥3,841	¥5,761
要支援2	¥38,672	¥3,868	¥7,735	¥11,602

※予防専門型通所サービスの要支援2は週1回ご利用を選択した場合、上記要支援1と同金額の利用料となります。

※入浴及び送迎の費用に関しましては上記金額に含まれます。

ただし、通常の事業実施地域外の送迎費用は全額自己負担となります。

※同一建物居住者等減算:同一建物に居住する者又は同一建物から利用する利用者に通所介護を行う場合
1ヶ月あたり自己負担額 **要支援1(1割)約¥402、(2割)約¥804、(3割)約¥1,205**

要支援2(1割)約¥804、(2割)約¥1,607、(3割)約¥2,410の減額となります。

※送迎減算:利用者が自ら通う場合や家族等が送迎を行う場合

片道につき自己負担額 **(1割)約¥51、(2割)約¥101、(3割)約¥151の減額となります。**

要支援1(要支援2で週1回ご利用の場合も)は1月につき376単位を、要支援2は1月につき752単位を限度とする。

① サービス提供体制強化加算

- (1) 加算Ⅰ:介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上もしくは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている。
- (2) 加算Ⅱ:介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上配置されている。
- (3) 加算Ⅲ:介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が40%以上配置されている。

	1ヶ月あたりの 利用料金	自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要支援1	¥939	¥94	¥188	¥282
要支援2	¥1,879	¥188	¥376	¥564

(加算Ⅰ金額)

1ヶ月あたりの 利用料金	自己負担額		
	(1割)	(2割)	(3割)
¥768	¥77	¥154	¥231
¥1,537	¥154	¥308	¥462

(加算Ⅱ金額)

1ヶ月あたりの 利用料金	自己負担額		
	(1割)	(2割)	(3割)
¥256	¥26	¥52	¥77
¥512	¥52	¥103	¥154

(加算Ⅲ金額)

② 生活機能向上連携加算

- i) 加算(Ⅰ): 訪問・通所リハビリを提供している事業所の理学療法士等や医師からの助言を受ける体制 (ICTを活用した動画等で可)を構築し、助言を受けた上で個別機能訓練計画書を作成
ii) 加算(Ⅱ): 訪問・通所リハビリを提供している事業所の理学療法士等が利用者宅を訪問して行う場合

	1月あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
加算(Ⅰ)	¥1,068	¥107	¥214	¥321
加算(Ⅱ)	¥2,136	¥214	¥428	¥641

③ 口腔機能向上加算

- i) 加算(Ⅰ): 口腔機能が低下しているまたはその恐れのある利用者に対して、個別に口腔機能改善管理指導計画を作成し、この計画に従い看護職員等が口腔機能向上サービスを行うとともに口腔機能を定期的に記録している。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価している
ii) 加算(Ⅱ): 口腔機能向上加算(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

	1月あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1月あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
加算(Ⅰ)	¥1,602	¥161	¥321	¥481
加算(Ⅱ)	¥1,708	¥171	¥342	¥513

④ 栄養アセスメント加算

職員として、または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置し、利用者ごとに、多職種共同で栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に対してその結果を説明し、相談等に対応すること。また、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

1か月あたり ¥534

ただし、介護保険適用時の1か月あたりの自己負担額 (1割) ¥54、(2割) ¥107、(3割) ¥161です。

⑤ 一体的サービス提供加算

利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合

1か月あたり ¥5,126

ただし、介護保険適用時の1か月あたりの自己負担額 (1割) ¥513、(2割) ¥1,026、(3割) ¥1,538です。

⑥ 生活機能向上グループ活動加算

利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合

1か月あたり ¥1,068

ただし、介護保険適用時の1か月あたりの自己負担額 (1割) ¥107、(2割) ¥214、(3割) ¥321です。

⑦ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出する。サービスの提供に当たって、フィードバックを活用している

1か月あたり ¥427

ただし、介護保険適用時の1か月あたりの自己負担額 (1割) ¥43、(2割) ¥86、(3割) ¥129です。

2. 通所介護利用料(通常規模型通所介護)

サービス提供時間(3時間以上4時間未満)

	1日あたり の利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要介護度1	¥3,951	¥396	¥791	¥1,186
要介護度2	¥4,517	¥452	¥904	¥1,356
要介護度3	¥5,115	¥512	¥1,024	¥1,535
要介護度4	¥5,692	¥570	¥1,139	¥1,708
要介護度5	¥6,279	¥628	¥1,256	¥1,884

サービス提供時間(6時間以上7時間未満)

	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要介護度1	¥6,237	¥624	¥1,248	¥1,872
要介護度2	¥7,358	¥736	¥1,472	¥2,208
要介護度3	¥8,501	¥851	¥1,701	¥2,551
要介護度4	¥9,622	¥963	¥1,925	¥2,887
要介護度5	¥10,765	¥1,077	¥2,153	¥3,230

サービス提供時間(7時間以上8時間未満)

	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要介護度1	¥7,027	¥703	¥1,406	¥2,109
要介護度2	¥8,298	¥830	¥1,660	¥2,490
要介護度3	¥9,612	¥962	¥1,923	¥2,884
要介護度4	¥10,925	¥1,093	¥2,186	¥3,278
要介護度5	¥12,260	¥1,226	¥2,453	¥3,679

※送迎の費用に関しましては上記金額に含まれます。

ただし、通常の事業実施地域外の送迎費用は全額自己負担となります。

※同一建物居住者等減算:事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合
1日あたり自己負担額 (1割)約¥101、(2割) ¥201、(3割) ¥302の減額となります。

※送迎減算:利用者が自ら通う場合や家族等が送迎を行う場合

片道につき自己負担額 (1割)約¥51、(2割) ¥101、(3割) ¥151の減額となります。

① 入浴加算

i) 加算Ⅰ:入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行っている

ii) 加算Ⅱ:加算Ⅰの要件に加え、医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価し個別の入浴計画を作成する。この計画に基づき、居宅の状況に近い環境で入浴介助を行う。

	1回あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
加算Ⅰ	¥427	¥43	¥86	¥129
加算Ⅱ	¥587	¥59	¥118	¥177

② 個別機能訓練体制加算

i) 加算Ⅰ(イ):機能訓練指導員を専従で1名以上配置している(配置時間の定めなし)

ii) 加算Ⅰ(ロ):Ⅰ(イ)の配置に加え、専従1名以上配置している(配置時間の定めなし)

iii) 加算Ⅱ:加算Ⅰに加え、個別機能訓練計画書等を厚生労働省へ提出し、フィードバックを活用している

	利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
加算Ⅰ(イ)	¥598	¥60	¥120	¥180
加算Ⅰ(ロ)	¥811	¥82	¥163	¥244
加算Ⅱ	¥213	¥22	¥43	¥64

ただし、加算Ⅰ(イ)(ロ)は1日あたり、加算Ⅱは1月あたりの利用料金となります。

③ 中重度者ケア体制加算:中重度の利用者を受け入れる体制が整っている

1回あたり ¥480

ただし、介護保険適用時の1回あたりの自己負担額 (1割) ¥48、(2割) ¥97、(3割) ¥145です。

④ サービス提供体制強化加算

- i) 加算Ⅰ：介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上もしくは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている
- ii) 加算Ⅱ：介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上配置されている
- iii) 加算Ⅲ：介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が40%以上もしくは勤続7年以上の職員が30%以上配置されている

	1回あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1回あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
加算Ⅰ	¥234	¥24	¥47	¥71
加算Ⅱ	¥192	¥20	¥39	¥58
加算Ⅲ	¥64	¥7	¥13	¥20

※職員配置にて変更致します。

⑤ 生活機能向上連携加算

- i) 加算(Ⅰ)：訪問・通所リハビリを提供している事業所の理学療法士等や医師からの助言を受ける体制（ICTを活用した動画等で可）を構築し、助言を受けた上で個別機能訓練計画書を作成
- ii) 加算(Ⅱ)：訪問・通所リハビリを提供している事業所の理学療法士等が利用者宅を訪問して行う場合

	1月あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
加算(Ⅰ)	¥1,068	¥107	¥214	¥321
加算(Ⅱ)	¥2,136	¥214	¥428	¥641

⑥ 口腔・栄養スクリーニング加算

- i) 加算(Ⅰ)：利用開始時及び利用中6か月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、その情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合
- ii) 加算(Ⅱ)：栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、その情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合

	1回あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1回あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
加算(Ⅰ)	¥213	¥22	¥43	¥64
加算(Ⅱ)	¥53	¥6	¥11	¥16

⑦ 口腔機能向上加算

- i) 加算(Ⅰ)：口腔機能が低下しているまたはその恐れのある利用者に対して、個別に口腔機能改善管理指導計画を作成し、この計画に従い看護職員等が口腔機能向上サービスを行うとともに口腔機能を定期的に記録している。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価している
- ii) 加算(Ⅱ)：口腔機能向上加算(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

	1回あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1回あたりの自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
加算(Ⅰ)	¥1,602	¥161	¥321	¥481
加算(Ⅱ)	¥1,708	¥171	¥342	¥513

⑧ 栄養アセスメント加算

職員として、または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置し、利用者ごとに、多職種共同で栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に対してその結果を説明し、相談等に対応すること。また、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

1か月あたり ¥534

ただし、介護保険適用時の1か月あたりの自己負担額 **(1割) ¥54、(2割) ¥107、(3割) ¥161**です。

⑨ 栄養改善加算

低栄養状態にあるまたはその恐れのある利用者に対して、管理栄養士等が利用者ごとに栄養ケア計画を作成して栄養改善サービスを行い、栄養状態を定期的に記録。栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価している

1回あたり ¥2,136

ただし、介護保険適用時の1回あたりの自己負担額 **(1割) ¥214、(2割) ¥428、(3割) ¥641**です。

⑩ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出する。サービスの提供に当たって、フィードバックを活用している

1か月あたり ￥427

ただし、介護保険適用時の1か月あたりの自己負担額 (1割) ￥43、(2割) ￥86、(3割) ￥129です。

⑪ 認知症加算

i) 規定されている職員数に加え、看護または介護職員を常勤換算方法で2以上確保している

ii) 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の15以上(前年度又は算定月の前3ヶ月間)

iii) サービス提供時間帯を通じて、認知症ケアに関する専門研修を修了した者を1名以上配置している

1日あたり ￥640

ただし、介護保険適用時の1回あたりの自己負担額 (1割) ￥64、(2割) ￥129、(3割) ￥192です。

⑫ ADL維持等加算

i) 加算(Ⅰ) ①利用者の総数が10名以上である

②利用者全員について、利用開始月と6か月目に、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出している

③評価対象利用者の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上である

1か月あたり ￥320

ただし、介護保険適用時の1か月あたりの自己負担額 (1割) ￥32、(2割) ￥64、(3割) ￥97です。

ii) 加算(Ⅱ) ①利用者の総数が10名以上である

②利用者全員について、利用開始月と6か月目に、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出している

③評価対象利用者の調整済ADL利得を平均して得た値が3以上である

1か月あたり ￥640

ただし、介護保険適用時の1か月あたりの自己負担額 (1割) ￥64、(2割) ￥129、(3割) ￥193です。

iii) 加算(Ⅲ) ①利用者の総数が20名以上である

②利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の割合が100分の15以上である

③利用者の総数のうち、初回の介護認定があった月から逆算して12か月以内の利用者の割合が100分の15以下である

④機能訓練指導員がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に報告されている利用者の割合が100分の90以上である

⑤厚生労働省に報告されている利用者の上位100分の85に相当する利用者について、ADL利得の合計が0以上である

1か月あたり ￥32

ただし、介護保険適用時の1か月あたりの自己負担額 (1割) ￥4、(2割) ￥7、(3割) ￥10です。

⑬ 感染症または災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算

感染症または災害の発生が理由で利用者数が減少し、当該月の利用者数が前年度の月平均の利用者数よりも5%以上減少した場合

所定単位数の3%を加算

3. 介護職員等処遇改善加算など

① 介護職員処遇改善加算

・介護職員の賃金の改善等を実施している場合

i) 加算(Ⅰ): 1か月あたりの算定単位×59/1000単位

ii) 加算(Ⅱ): 1か月あたりの算定単位×43/1000単位

iii) 加算(Ⅲ): 1か月あたりの算定単位×23/1000単位

※利用料金につきましては、端数処理の関係上、1か月あたりの料金にしますと、若干の変動があります。

② 介護職員特定処遇改善加算

・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかを算定していること

・「資質の向上」「労働環境・処遇の改善」「その他」の区分でそれぞれ1つ以上の取り組みを行っていること

・介護職員処遇改善加算に基づく取り組みについて、ホームページへの掲載等を通じて「見える化」を行っていること

・サービス提供体制強化加算を算定していること

i) 加算(Ⅰ): 1か月あたりの算定単位×12/1000単位

ii) 加算(Ⅱ): 1か月あたりの算定単位×10/1000単位

③ 介護職員等ベースアップ等支援加算

・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかを算定していること

1か月あたりの所定単位数(総単位数)×11/1000

④ 介護職員等処遇改善加算(令和6年6月施行予定)

・介護職員等の確保に向け、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、上記⑤⑥⑦の加算について、各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う

i) 加算(Ⅰ): 1か月あたりの算定単位×92/1000単位

ii) 加算(Ⅱ): 1か月あたりの算定単位×90/1000単位

iii) 加算(Ⅲ): 1か月あたりの算定単位×80/1000単位

iv) 加算(Ⅳ): 1か月あたりの算定単位×64/1000単位

v) 加算(Ⅴ)(1)～(14): 現行の3加算(上記⑤⑥⑦)の取得状況に基づく加算率

※経過措置区分として、令和6年度末まで介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)～(14)を設け、現行の3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、

今般の改正による加算率の引き上げを受けることができるようにする

4. 食事代(全額自己負担) 昼食: ¥760

5. 日常生活必需品

レクリエーションにかかる材料実費等は自己負担となります。

オムツ等使用される場合は、1日に必要な枚数をご持参下さい。

(2) 事業実施地域外送迎料金

事業実施地域外を送迎費用は全額自己負担となります。

①実施地域を越えた地点から、おおむね片道10キロメートル未満の場合。 片道1回あたり ¥1,000です。
②実施地域を越えた地点から、おおむね片道10キロメートル～20キロメートルまでの場合。 片道1回あたり ¥2,000です。
③以降10キロメートル毎に、片道1回あたり¥1,000ずつ加算されます。

(3) キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合 無料

② ご利用の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合 760円

(4) 支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、翌月20日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行いたします。

お支払方法は、預金口座振替及びコンビニ決済とさせていただきます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。
通所介護計画および介護予防通所介護計画を作成、契約を結び、サービスの提供を開始いたします。
各サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に各サービス計画作成担当者にご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。
その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者や家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、利用者や家族等が当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただきます。

6. 当事業所の特徴等

(1) 運営の方針

- ① 当事業所は、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等を行なうことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者や家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るための援助を行ないます。
- ② 当事業所は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供いたします。
特に、認知症の状態にある要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に応じたサービスを提供いたします。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

- | | |
|---------------------|--|
| ・送迎時間の連絡 | 送迎の時間は事前に連絡いたします。但し、交通の状況等により時間が前後する場合がございます。また事業所の都合により時間の変更をお願いする場合もございます。 |
| ・体調確認 | 事業所に到着後、体温・血圧・脈拍等の測定を行い、利用当日の利用者の体調確認を行ないます。 |
| ・体調不良等によるサービスの中止・変更 | 利用者の体調不良等によりサービスを中止・変更する場合は、家族等に連絡し、対応いたします。 |
| ・食事のキャンセル | 利用者の体調不良等により食事をキャンセルする場合は、食材料費等の実費はいただきません。 |
| ・設備、器具の利用 | 事業所内の設備、器具は本来の用法に従って、ご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。 |
| ・飲酒、喫煙 | 飲酒、喫煙は家族等の同意があれば原則として自由です。但し他の利用者にご迷惑をおかけしないようお願いいたします。
喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。 |
| ・所持品の持ちこみ | 貴重品、高額な現金の持ち込みはご遠慮ください。紛失等の責任は一切負いかねます。 |
| ・ペット類の持ちこみ | 事業所内への、ペット類の持ち込みはお断りいたします。 |
| ・宗教、政治活動 | 事業所内で、事業者やサービス従業者または他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急病院、ご家族、居宅介護支援事業者等へご連絡をいたします。

救急 病院	病院名			
	連絡先			
主治医	病院名			
	連絡先		主治医	
ご家族	氏名			
	連絡先			

8. 非常災害対策

- ・防災時の対応 別途定める「デイサービスセンター七福 消防計画」に従って対応いたします。
- ・防災設備 消火器、非常口、自動火災報知設備、誘導灯、非常照明、避難はしご
- ・防災訓練 別途定める「デイサービスセンター七福 消防計画」に従って避難訓練等を実施いたします。
- ・防火責任者 梅田 正貴

9. サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当施設ご利用者相談・苦情担当 不破 久美子
- ② 当施設ご利用者苦情解決責任者 梅田 正貴
- ③ 苦情解決第三者委員 佐藤 望 岡寄 律子
- ④ その他
苦情処理相談窓口

- ・名古屋市北区役所 区民福祉部 福祉課 福祉係 受付時間:午前8時45分～午後5時15分
電話 (052)917-6523 FAX (052)914-2100
- ・愛知県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 受付時間:午前9時00分～午後5時00分
電話 052-971-4165 FAX (052)962-8870
- ・名古屋市健康福祉局 高齢福祉部 介護保険課 指導係 受付時間:午前8時45分～午後5時15分
電話 (052)972-3087 FAX (052)972-4147

10. 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 愛生福祉会
代表者職・氏名 理事長 増 井 香 織
本部所在地 愛知県名古屋市北区鳩岡町1丁目7番20号

定款の目的に定めた事業

- | | |
|---------------------|-------|
| 1. 介護老人福祉施設事業 | 8 箇所 |
| 2. 地域密着型介護老人福祉事業 | 2 箇所 |
| 3. 軽費老人ホーム | 1 箇所 |
| 4. 軽費老人ホームケアハウス | 1 箇所 |
| 5. 短期入所生活介護事業 | 10 箇所 |
| 6. 高齢者自立支援短期宿泊事業 | 1 箇所 |
| 7. 通所介護事業 | 9 箇所 |
| 8. 認知症対応型老人共同生活介護事業 | 4 箇所 |
| 9. 訪問介護事業 | 3 箇所 |
| 10. 訪問入浴介護事業 | 1 箇所 |
| 11. 居宅介護支援事業 | 4 箇所 |
| 12. 配食サービス事業所 | 1 箇所 |
| 13. 生活援助員派遣事業 | 1 箇所 |
| 14. 事業所内託児所 | 3 箇所 |
| 15. 養護老人ホーム | 1 箇所 |
| 16. サービス付き高齢者向け住宅 | 1 箇所 |
| 17. 介護員養成研修事業 | 1 箇所 |
| 18. 調剤薬局 | 1 箇所 |
| 19. 診療所 | 1 箇所 |
| 20. 訪問看護事業 | 1 箇所 |

通所介護サービスの提供開始にあたり、契約書および本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

(事業者)

所在地 愛知県名古屋市北区中味鉢二丁目207番

名称 デイサービスセンター七福

管理者 梅 田 正 貴 印

説明者 所属 デイサービスセンター七福

氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護サービスについての重要事項の説明をうけ、了承しました。

令和 年 月 日

(利用者)

〒 -
住所

氏名 印

代筆者 印(続柄)

(利用者保証人)
(ご家族代表) 〒 -
住所

氏名 印(続柄)