

地域密着型通所介護・総合支援事業

元気倶楽部まゆ 重要事項説明書

<2024年6月1日現在>

1. 当事業所が提供するサービスについて

<事業所の方針>

- 利用者様が、居宅において安心して自立した生活が継続できるように、家族・市町村・地域医療・介護支援専門員・居宅サービス事業者等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- 利用者様の要介護状態の軽減、悪化の防止または、要介護状態となることの予防に資するよう、歩行・身体機能の向上のための運動を提供します。
- 利用者様の有する能力に応じ、日常生活が営めるよう、心身機能の維持向上を目指します。「困難な点」のみに着目せず、「残された能力」や「隠れた強さ」を引き出せるように支援していきます。

2. 元気倶楽部まゆの概要

(1) 概要

事業所名	東信医療生活協同組合 元気倶楽部 まゆ
所在地	長野県上田市上塩尻243番地-1
介護保険指定番号	2070301219
サービスを提供する地域	上田市（坂城町）

(2) 同事業所の職員体制

区分	資格	常勤	非常勤	計
管理者	作業療法士	1名		1名
介護職員 (生活相談員)	介護福祉士	1名(兼務)	2名(兼務)	3名
介護職員	介護福祉士 介護職員実務者研修	1名(兼務)	5名	6名
看護職員	看護師		2名(兼務)	2名
機能訓練指導員	看護師		2名(兼務)	2名

(3) 営業日、営業時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前 8時30分～午後5時まで 時間延長あり(要相談)
休日	土・日 8/14～8/16、12月30日～1月3日

3. サービス内容

(1) 地域密着型通所介護

原則として上田市に住所のある方のみが利用できます。介護支援専門員が作成した居宅サービス計画書を基に、従業者が共同して個別援助計画書を作成し、利用者様に対して、下記①を目的とし、②の介護サービスの提供を行ないます。

① 目的

- 日常生活動作能力の低下防止
- 生活の質の維持向上

- ・ 寝たきり防止
 - ・ 社会性の維持向上
 - ・ 精神状態の改善
 - ・ 家族の介護負担軽減
- ② 介護内容
- ・ 排泄介助
 - ・ 入浴及び保清の援助
 - ・ 手芸・趣味活動の援助
 - ・ 歩行・身体機能向上のための運動
 - ・ 食事の提供と口腔ケア

(2) 第1号通所事業

地域包括支援センター及び利用者様等の作成した計画に沿って個別援助計画を作成し、利用者様に対して下記①を目的とし、②の介護サービスの提供等を行いません。

- ① 目的
- ・ 日常生活動作能力の低下防止
 - ・ 生活の質の維持向上
 - ・ 自立性の高い生活の確立
- ② 介護内容
- ・ 身体介護
 - ・ 食事提供
 - ・ 相談・助言

(3) 送迎

地域密着型通所介護・第1号通所事業施設内から、ご自宅玄関の間とさせていただきます。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) 地域密着型通所介護・第1号通所事業援助計画作成

ご利用者様に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、ご利用者様の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた地域密着型通所介護計画を作成します。

個別援助計画の作成に当たっては、その内容についてご利用者様又はそのご家族様に対して説明し、ご利用者様の同意を得ます。それぞれのご利用者様について、通所援助計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。

(3) サービスの終了

① 利用者様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

以下の場合は、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。

- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

・利用者様がお亡くなりになった場合

④ その他

・利用者様やご家族などが当事業所や当事業所の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

5. 当事業所の特徴

事項	有無	備考
従事者への研修の実施	有	年2回程度
サービスマニュアルの作成	有	
防災訓練／BCP研修／BCP訓練	有	各年1回
第3者評価の実施の有無	無	

6. 秘密保持

事業者及び職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者様及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らすことはしません。この守秘義務は、契約終了後も守ります。

7. 通所介護記録及び記録開示

事業者は、通所介護の提供に関する記録を作成し、これをこの契約終了後2年間保管します。利用者様は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者様に関する地域密着型通所介護・第1号通所事業介護実施記録の開示要求及び閲覧ができます。

8. 事故対応（賠償責任）

事業者はサービス提供に伴って事故が発生した場合は、速やかにご家族及び関係機関に連絡をとり対処するとともに、事業者の責めに帰すべき事由による損害には、その損害を賠償します。

9. サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所利用者様相談・苦情担当

相談窓口担当者 佐々木 美和 電話 (0268) 22-3248

② 当事業所以外に、県市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 (026) 238-1580 (直通)

上田市役所 介護保険課 担当窓口 電話 (0268) 23-5140 (直通)

坂城町役所 介護保険課 担当窓口 電話 (0268) 82-3111 (直通)

10. 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、必要に応じ、下記の主治医・いずれかのご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

主治医	医療機関・医師名	
	連絡先	
ご家族①	氏名	続柄
	連絡先	
ご家族②	氏名	続柄
	連絡先	

11. 利用料金

(1) 利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、下記単位表の通りです。

ただし、介護保険の支給限度基準額を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

[地域密着型通所介護単位表]

介護度 \ 時間	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
要介護 1	416 単位	436 単位	657 単位	678 単位	753 単位	783 単位
要介護 2	478 単位	501 単位	776 単位	801 単位	890 単位	925 単位
要介護 3	540 単位	566 単位	896 単位	925 単位	1,032 単位	1,072 単位
要介護 4	600 単位	629 単位	1,013 単位	1,049 単位	1,172 単位	1,220 単位
要介護 5	663 単位	695 単位	1,134 単位	1,172 単位	1,312 単位	1,365 単位
入浴介助加算	40 単位/回もしくは 55 単位/回					
サービス提供体制加算 I	22 単位					
科学的推進体制加算	月に 40 単位					
介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)	所定単位数合計に 8.0% を乗じた単位数					

[総合支援事業単位表]

	1 ヶ月の 利用単位	サービス提供 体制加算 I イ	科学的推進 体制加算	介護職員等 処遇改善加算 (Ⅲ)
要支援 1・事業対象者	1,798 単位	88 単位	月に 40 単位	所定単位数合計に 8.0% を乗じた単位数
要支援 2・事業対象者	3,621 単位	176 単位		

*受診等で、ご家族に送迎していただいた場合は、上記単価より片道 47 単位減算となります。

- ご利用料は、1 単位 10 円で計算され、利用者ごとに保険者が定めた負担割合（1～3 割）に応じた金額となります。

(2) 上記の料金の他、下記の料金がかかります。

- ① 食費 1 食につき 550 円 おやつ代 1 回につき 110 円
- ② 作業材料費、学習教材費は利用者様の希望により特別に制作する場合、別途徴収します。
前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者様及び御家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意を得ることとします。
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要になった場合は、利用者様及び家族に対して、説明し、同意を得たものに限り徴収します。

(3) その他 料金のお支払方法

請求は、毎月月末締めで、翌月中旬頃に請求書を郵送いたします。

お支払方法は、口座振替（引き落とし）にてお願いいたします。（毎月 27 日振替日）

振替はどちらの金融機関でも結構です。別紙の申込書にご記入の上、提出してください。

領収書は入金を確認の上、確認月の翌月請求書に同封し、郵送させていただきます。

..... 以下の確認をお願いします.....

年 月 日

地域密着型通所介護・総合支援事業の重要事項の変更にあたり、利用者様に対して本書面に基
づいて、重要事項を説明しました。

事業者 所在地 上田市上塩尻 243-1
名称 東信医療生活協同組合 元気倶楽部まゆ

説明者氏名 印

私は、本書面により、事業者から地域密着型通所介護・総合支援事業についての重要事項の説
明を受けました。

利用者 住所
氏名 印

家族氏名 住所 (続柄：)
氏名 印

.....

同意書

東信医療生活協同組合
元気倶楽部まゆ 様

サービス担当者会議等で必要がある場合は、私に関する地域密着型通所介護・総合支援事業
を使用する上で必要な情報を、保険者（市町村）及び居宅サービス事業関係者に掲示する事
に同意します。

利用者 住所
氏名 印

ご家族 住所
氏名 印 (続柄：)