

指定通所介護事業所

デイサービスセンター 佐久平 愛の郷

運 営 規 程

社会福祉法人 佐久平福祉会

(事業の目的)

第1条 社会福祉法人佐久平福祉会が開設するデイサービスセンター佐久平愛の郷（以下「センター」という。）が行う指定通所介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、センターで指定通所介護の提供に当たる者（以下「従業者」という。）が、要介護状態にある高齢者（以下「要介護者等」という。）に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 センターの従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

(事業者の名称等)

第3条 事業を行うセンターの名称及び所在地は、次のとおりとする。

- 1 名 称 デイサービスセンター佐久平愛の郷
- 2 所在地 長野県佐久市平賀741番地

(従業者の職種、員数及び職務内容)

第4条 センターに勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- 1 管理者 1名
管理者は、センターの従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うものとする。
- 2 従業者 生活相談員 2名以上
介護職員 5名以上
看護職員 1名以上
機能訓練指導員 1名以上
従業者は、指定通所介護の提供に当たる。
- 3 事務職員 1名（常勤職員、兼務）
事務職員は、必要な事務を行う。

(営業日及び営業時間)

第5条 センターの営業日及び営業時間等は、次のとおりとする。

- 1 営業日 月曜日から土曜日までとする。ただし、12月31日から1月3日までを除く。
- 2 営業時間 午前8時30分から午後5時30分までとする。
- 3 サービス提供時間 午前9時00分から午後5時00分（8時間）までとする。

(利用定員)

第6条 利用定員は35名とする。

(通所介護の内容)

第7条 指定通所介護の内容は次のとおりとする。

- 1 生活指導（相談援助等）
- 2 機能訓練（日常動作訓練）
- 3 介護サービス
- 4 介護方法の指導（家族介護者教室）
- 5 健康状態の確認
- 6 送迎
- 7 給食サービス
- 8 入浴サービス
- 9 その他利用者に対する便宜の提供
- 10 その他

(利用料等)

- 第8条 指定通所介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスである時は、当該指定通所介護が法定代理受領サービスである時は、その利用者から利用料の一部として、通所介護サービスに係わる通所介護サービス費用基準額から通所介護事業所に支払われる通所介護サービス費の額を控除して得た額の支払いを受けるものとする。
- 2 前項に定めるもののほか、利用者から次の費用の支払いを受けるものとする。
- 1 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎の費用として、5キロメートルごとに105円の負担。
 - 2 食事の提供に要する費用
 - 3 おむつ代として実費
 - 4 その他指定通所介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当であると認められるものについては、その実費。

(通常の事業の実施地域)

第9条 通常の事業の実施地域は、佐久市全域とする。

(サービス利用に当たっての留意事項)

- 第10条 利用者は、指定通所介護の提供を受ける際には、次に掲げる事項に留意しなければならない。
- 1 健康状態に異常がある場合は、その旨申し出ること。又、介護士がバイタルチェックを行う際や、送迎時に不調があれば申し出ること。
 - 2 介護支援専門員と事前協議を行い、介護サービスの利用目的を明確にした上で利用すること。
 - 3 施設内の設備、備品等の利用に際しては、管理者及び従業者の指示に従うこと。
 - 4 家族等の緊急連絡先を必ず申し出ること。
 - 5 サービス開始時には、必ず介護保険被保険者証及び健康保険被保険者証の提示を行うこと。

(緊急時における対応方法)

第11条 従業者は、通所介護を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合は速やかに管理者及び主治医に報告しなければならない。

(虐待防止のための措置)

第12条 当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じる。

- 一 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設置し定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - 二 虐待の防止のための指針を整備する。
 - 三 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に開催するために研修計画を定める。
 - 四 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- 2 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、再発の確実な防止策を講じるとともに、市町村へ報告する。

(非常災害対策)

第13条 従事者は、常に災害事故防止と利用者の安全確保に努めるものとする。

- 1 管理者は、防火管理者を選任する。
- 2 防火管理者は、定期的に消防用設備、救急用設備等を点検するものとする。
- 3 防火管理者は、非常災害に関する具体的計画を立てるものとし、センターはこの計画に基づき、毎年4月及び10月に避難及び救出その他必要な訓練を行う。

(その他の運営に関する重要事項)

第14条 センターは、従業者の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、又、業務体制を整備する。

- 1 採用時研修 採用後3ヶ月以内
- 2 継続研修 年2回
- 3 従業者は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。
- 4 業者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。
- 5 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は法人とセンターの間有者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、平成24年6月1日から施行する。

この規程は、令和1年（2019年）4月1日に改定する。（利用定員の変更）

この規程は、令和6年4月1日に改定する。（虐待防止のための措置を追加）

介護予防・日常生活支援事業の第1号通所事業（介護予防通所介護相当）

デイサービスセンター 佐久平 愛の郷

重要事項説明書

社会福祉法人 佐久平福祉会

介護予防・日常生活支援総合事業の第1号通所事業（介護予防通所介護相当） 重要事項説明書

当事業所が提供するサービスについての相談窓口	
電 話	0267-64-5331（受付時間：月曜日～土曜日 午前 8:30 ～午後 5:30 まで）
担 当	小須田 治（管理者、生活相談員）
※ご不明な点は、なんでもおたずねください。	

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 佐久平福祉会
主たる事務所の所在地	〒385-0021 長野県佐久市長土呂158-1
代表者（職名・氏名）	理事長 柳澤 陽子
設 立 年 月 日	平成14年7月
電 話 番 号	0267-66-7010

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター佐久平愛の郷
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）
所在地	〒385-0034 長野県佐久市平賀 741 番地
介護保険事業所番号	2071701144（指定年月日平成 24 年 6 月 1 日）
利用定員	35人
通常の事業の実施地域	佐久市全域

◇ 併設して行う事業

- ・特別養護老人ホーム佐久平愛の郷（従来型・ユニット型）
- ・ショートステイ佐久平愛の郷（ユニット型指定（予防）短期入所生活介護）
- ・居宅介護支援事業所佐久平愛の郷

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切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

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）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を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日（ただし12月31日から1月3日までを除く）
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

職種	員数	業務内容
管理者	1名（常勤）	事業所の従業者及び業務の管理
生活相談員	2名以上（常勤）	利用申し込みに係わる調整・相談・援助、通所介護計画書の作成等
機能訓練指導員	1名以上（常勤）	利用者の心身状態の維持・向上のための訓練・助言等
看護職員	1名以上（常勤）	利用者の心身状況の把握、健康管理等
介護職員	4名以上（常勤）	利用者の心身状況の把握、日常介護等
事務員	1名（常勤兼務）	請求事務等

7. 利用料

サービスを利用した場合の「利用料」は別紙のとおりで、お支払いいただく「利用者負担金」は、負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。なお、提供されるサービスのうち、利用者に負担させることが適当であると認められるものについては実費を支払うものとする。

8. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び佐久市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 苦情相談窓口

（1）サービス提供に関する苦情の相談は、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 0267-64-5331

苦情受付時間 月～土曜日 午前9時～午後5時まで

担当 小須田 治

（2）サービス提供に関する苦情の相談は、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 佐久市高齢福祉課 電話 0267-62-2111

長野県国民健康保険団体連合会 電話 026-238-1553

10. 緊急時の対応方法

サービス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、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

11. 非常災害対策

事業者は、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あります。

12. サービス利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- ① 送迎時間につきましては、交通事情等で10分以上遅れる場合がございます。その際は事業所より電話連絡いたします。
- ② 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので、長時間待機することはできません。利用者様、ご家族のご協力をお願いします。
- ③ 乗車中は、安全の為、全席シートベルトの着用をお願いしております。
- ④ ご利用当日、利用者様の体調確認のため、朝の体温・朝食量をご確認頂き、少しの変化でもお迎えに上がったスタッフへご連絡ください。また、ご本人様の体調によっては、当日ご利用をご遠慮いただく場合がありますのでご了承ください。
- ⑤ センター到着後、利用者様より体調不良の訴えが聞かれた際には、可能な限りセンターでお過ごしただけよう支援いたしますが、改善が見られず看護師より病院受診等の判断があった際には、ご家族様・その他緊急連絡先の方へ速やかに連絡し、病院受診等の対応をご依頼する場合がありますのでご理解・ご協力をお願いいたします。
- ⑥ 送迎時ご家族様が不在となる場合には、事前にスタッフへご連絡ください。また、不在の際のご自宅施錠に関しては玄関の施錠のみとさせていただきます。なお、送迎後のご自宅での状態悪化やご自宅内での物の紛失等に関しましては、一切の責任を負いかねますのでご了承下さい。

13. 個人情報提供における同意について

社会福祉法人佐久平福祉会は、必要な範囲において個人情報を取り扱いさせていただきます。なお、利用者様・ご家族から取得した個人情報を以下の目的の為に利用させていただきます。

(1) 当該事業者等が利用者様等に提供する介護サービスのうち、

- ① 介護サービスを受けるにあたって介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状況、家族の状況を把握する為に必要な場合
- ② 上記①の他、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所との連携
- ③ 医師の意見、助言を求める場
- ④ 家族等への心身の状況説明

- ⑤ 介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- ⑥ 専門職養成のための実習守秘義務

(2) 介護保険事務のうち

- ① 審査支払機関へのレセプト提出
- ② 審査支払機関又は保険者からの照会への回答

(3) 利用目的による制限の例外

以下の場合には個人情報の利用目的による制限の例外とします。

- ① 法令に基づく場合
- ② 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- ③ 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得る事により当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

(4) その他の個人情報について

- ①ロッカー、玄関の下駄箱等の名札表示 (☐ 可 ☐ 不可)
- ②学生等の実習への協力 (☐ 可 ☐ 不可)
- ③事業所で作成する新聞等への写真掲載等 (☐ 可 ☐ 不可)

14. サービス利用にあたってのお願い

当施設では、全職員挙げて利用者様の安全で快適な生活をサポートさせていただきますが、やむを得ず以下のような事態が起きることも想定されます。細心の注意を払いお世話させていただきますが、下記ご理解賜りますようお願いいたします。

- (1) 高齢者の場合、歯の欠損や咀嚼（食べ物を噛み砕くこと）力の低下、脳血管障害の後遺症による麻痺などで、食べ物や飲み物を飲み込む機能が傷害されることが多くなります。食事などは万全の体制で見守りを行いますが、それ以外でも思いがけない場所や時間に誤嚥を起こすことが考えられます。もし、喉の奥のほうで詰まった場合や、詰まった物の形状などにより助けられない可能性もあります。
- (2) 筋力の低下とともに、骨も弱くなりちょっとした転倒でも骨折等重大な結果をもたらすことが考えられます。また、精神状態が不安定になりやすい方は、予想を超えた行動をされることがあり、その際思わぬ怪我をされることも考えられます。
- (3) 精神状態が安定せず、特に興奮状態が強く続きご自身に危険が生じる可能性が高いとき、又、必要不可欠な医療行為に支障を来たす場合、利用者様の安全確保、必要な医療ケアを実施するため、やむを得ず抑制行為をさせていただく場合があります。この場合は、実用最低限にとどめるとともに、期間を明らかにいたします。
- (4) 高齢者は多種多様な病歴をお持ちの方が多くおられます。ご利用の際は、症状は安定している状態と思われますが、心疾患・脳血管疾患等の再発は高い確率で起こる可能性があります。又、これまで既往がない場合でも、高齢者の場合はっきりした症状や訴えがなく発症することも考えられます。日中、職員が十分な観察を行い、早期に適切な対処ができるよう努めますが、発見が遅れることもあり、状態が急変する可能性

もあります。

- (5) 加齢とともに皮膚も変化し、表皮が薄くなり弾力性が失われます。又、血管ももろく破れやすくなります。そのため、少しの刺激でも内出血がおきたり、表皮が剥げたりすることがあります。

令和 年 月 日

第1号通所介護事業（介護予防通所介護相当）の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所 デイサービスセンター佐久平愛の郷
長野県佐久市平賀 741 番地
社会福祉法人 佐久平福祉会
理事長 柳澤 陽子 ㊞

説明者 ㊞

私は、契約書および本書面により、事業者から第1号通所介護事業（介護予防通所介護相当）についての重要事項の説明を受け、内容について承諾しました。また個人情報の提供について同意いたします。

利用者 住 所

氏 名 ㊞

家 族 住 所

連絡先

氏 名 ㊞

[重要事項説明書の別紙]

利用料金表「第 1 号通所事業（介護予防通所介護相当）」

利用料は、介護給付費の 1 割（高額所得者は 2 割、3 割）で、月単位の定額制です。

[1 割負担の場合]

	1 ヶ月あたりの自己負担額	
事業対象者	週 1 回程度利用	週 2 回程度利用
基本料金	4 3 6 円×回数 (月 4 回まで)	4 4 7 円×回数 (月 8 回まで)
	1 7 9 8 円 (月 5 回以上の利用で一律)	3 6 2 1 円 (月 9 回以上の利用で一律)
サービス提供体制強化加算Ⅱ	7 2 円	1 4 4 円
介護職員処遇改善加算Ⅰイ	所定単位に 1 1.1 % を乗じた単位数	
科学的介護推進体制加算	4 0 単位/月	
感染症・災害時利用数の減少 が一定以上生じている場合の 加算	所定単位数の 3 % を加算	
昼食代	6 4 0 円×利用回数（おやつのみ 8 0 円×利用回数）	
引落手数料（口座振替の方の み）	1 5 0 円（八十二銀行ご利用の方はかかりません）	

様の 1 ヶ月の利用料合計額 _____ 円

[お支払方法]

- ・毎月、1 5 日までに前月分の利用料請求書を送付しておりますので、月末までにお支払い下さい。
- ・お支払方法は、口座振替をお願いします。現金でお支払いをご希望の方はご相談下さい。

指定通所介護事業所

デイサービスセンター 佐久平 愛の郷

重要事項説明書

社会福祉法人 佐久平福祉会

(2024 年 6 月 1 日現在)

デイサービスセンター佐久平愛の郷 「重要事項説明書」

デイサービスセンター佐久平愛の郷の通所介護サービスの提供にあたり、介護保険法に関する指定通所介護の「サービスの人員、設備及び運営に関する基準」に基づいて、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 通所介護の事業所の運営方針

デイサービスセンター佐久平愛の郷が行う指定通所介護の事業（以下「通所介護」は、要介護状態となった場合においても、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生活機能の維持又は向上を目指し、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の家族の身体的及び機能的負担の軽減を図るものとします。

2. 法人の概要

法人名	社会福祉法人 佐久平福祉会
代表者名	理事長 柳澤 陽子
所在地・連絡先	長野県佐久市長土呂 1 5 8 - 1 電話 0 2 6 7 - 6 6 - 7 0 1 0

3. 事業所の概要

事業所の名称	デイサービスセンター佐久平愛の郷
所在地・連絡先	長野県佐久市平賀 741 番地 (電話) 0267-64-5331 (ファックス) 0267-64-5332
開設年月日	平成 24 年 6 月 1 日
介護保険事業所番号	2071701144
管理者名(所長名)	小須田 治
利用定員	3 5 名
建物構造	鉄筋コンクリート構造 3 階建
食堂兼機能訓練室	1 室 141.97 m ²
浴室	一般浴槽・機械浴槽
相談室	1 室
送迎車	5 台
併設事業	長期入所、短期生活入所介護、居宅介護支援事業

4. 事業所の職員体制

職員の職種	資格	員数	職務内容
管理者	介護福祉士	1 名	事業所の従業者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士	2 名以上	センターの利用申し込みに係わる調整・相談・援助、通所介護計画書の作成等
機能訓練指導員	看護師	1 名以上	利用者の心身状態の維持・向上のための訓練指導・助言等

看護職員		1名以上	利用者の心身状況の把握、健康管理等
介護職員		5名以上	利用者の心身状況の把握、センターでの日常介護等
事務職・運転手		必要数	事務一般・送迎業務

5. 営業日・営業時間

営業日	月曜日～土曜日（ただし12月31日から1月3日までを除く）
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. サービス内容

（1）送迎

- ① 原則として、玄関の中までお迎え、お送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、利用者様、ご家族と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- ② 送迎時間につきましては、交通事情等で10分以上遅れる場合がございます。その際は業所より電話連絡いたします。
- ③ 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので、長時間待機することはできません。利用者様、ご家族のご協力をお願いします。
- ④ 乗車中は、安全の為、全席シートベルトの着用をお願いしております。

（2）食事（但し、食材料費及び調理費は別途いただきます。）

栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体状況を考慮した食事を提供します。

（3）入浴

身体状況に応じた浴槽で入浴していただけます。当日の体調によりシャワー浴または清拭となる場合があります。

（4）排泄

利用者様の排泄の介助を行います。

（5）機能訓練

- ① 利用者様の身体状況等に応じた運動や趣味活動、季節に合わせた行事など、利用者様の希望を取り入れたレクリエーション活動・訓練を行います
- ② 個別機能訓練を実施する場合は、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画書を作成し、それに基づき日常生活を営むのに必要な機能の低下を防ぐためのサービスを提供します。

（6）健康管理

ご利用日には必ず健康チェック（血圧・体温・脈拍等）を行います。

（7）生活相談

ご家庭での介護のことはもちろん、それ以外の日常生活に関するご相談にも随時応じます。

7. 通所介護の利用にあたっての留意事項

（1）送迎時間並びに送迎時

- ① 送迎時間につきましては、あらかじめ利用者の方と相談し連絡いたします。行事等を実施する時は、通常の送迎時間と異なる場合がありますのでご注意ください。
- ② ケアプラン等に基づいた時間でのご利用となりますが、変更を希望される方は、ご相談ください。
- ③ 送迎時ご家族様が不在となる場合には、事前にスタッフへご連絡ください。また、不在の際のご自宅施錠に関しては玄関の施錠のみとさせていただきます。なお、送迎後のご自宅での状態悪化やご自宅内での物の紛失等に関しましては、一切の責任を負いかねますのでご了承ください。

(2) 利用者の体調確認

- ① 利用当日、利用者の体調確認のため、朝の体温・朝食量をご確認いただき、少しの変化でもお迎えに上がったスタッフへご連絡ください。また、利用者の体調によっては、当日ご利用をご遠慮いただく場合がありますのでご了承ください。
- ② 事業所に到着後、利用者より体調不良の訴えが聞かれた際には、可能な限り事業所でお過ごしただけよう支援いたしますが、改善が見られず看護職員より病院受診等の判断があった際には、ご家族様・その他緊急連絡先の方へ速やかに連絡し、病院受診等の対応をご依頼する場合がありますのでご理解・ご協力をお願いいたします。

(3) 長期入院の場合

- ① 長期入院等により利用を中止された場合、再利用時に曜日の変更等がある場合があります。

8. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知機、誘導灯
- ・防災訓練 年2回実施（消防計画にのっとり、夜間及び広間実施）

9. サービス内容に関する苦情等の相談窓口

○ 当事業所の利用者様苦情相談窓口

窓口責任者 小須田 治（所長兼相談員）
 ご利用時間 9：00～17：00（月曜日～土曜日）
 ご利用方法 電話 0267-64-5331
 面接（相談室） 苦情箱（1階に設置）

○ その他の苦情相談窓口

佐久市役所 高齢者福祉課	電話 0267-62-2111
中込地域包括支援センター	電話 0267-64-1751
長野県国民健康保険団体連合会	電話 0267-238-1553
＜第三者委員＞ 浦山 徹	電話 0267-67-5611
白鳥 小百合	電話 0267-23-5083

10. サービス利用にあたってのお願い

当事業所では、全職員挙げて利用者様の安全で快適な生活をサポートさせていただきますが、やむを得ず以下のような事態が起きることも想定されます。細心の注意を払いお世話させていただきますが、下記ご理解賜りますようお願いいたします。

- (1) 高齢者の場合、歯の欠損や咀嚼（食べ物を噛み砕くこと）力の低下、脳血管障害の後遺症による麻痺などで、食べ物や飲み物を飲み込む機能が傷害されることが多くなります。食事などは万全の体制で見守りを行いますが、それ以外でも思いがけない場所や時間に

誤嚥を起こすことが考えられます。もし、喉の奥のほうで詰まった場合や、詰まった物の形状などにより助けられない可能性もあります。

- (2) 筋力の低下とともに、骨も弱くなりちょっとした転倒でも骨折等重大な結果をもたらすことが考えられます。また、精神状態が不安定になりやすい方は、予想を超えた行動をされることがあり、その際思わぬ怪我をされることも考えられます。
- (3) 精神状態が安定せず、特に興奮状態が強く続きご自身に危険が生じる可能性が高いとき、又、必要不可欠な医療行為に支障を来す場合、利用者様の安全確保、必要な医療ケアを実施するため、やむを得ず抑制行為をさせていただく場合があります。この場合は、実用最低限にとどめるとともに、期間を明らかにいたします。
- (4) 高齢者は多種多様な病歴をお持ちの方が多くおられます。ご利用の際は、症状は安定している状態と思われませんが、心疾患・脳血管疾患等の再発は高い確率で起こる可能性があります。又、これまで既往がない場合でも、高齢者の場合はっきりした症状や訴えがなく発症することも考えられます。日中、職員が十分な観察を行い、早期に適切な対処ができるよう努めますが、発見が遅れることもあり、状態が急変する可能性もあります。
- (5) 加齢とともに皮膚も変化し、表皮が薄くなり弾力性が失われます。又、血管ももろく破れやすくなります。そのため、少しの刺激でも内出血がおきたり、表皮が剥げたりすることがあります。

※ 対応について疑問に思われる場合は、お申出ください。

1 1. 事故発生時の対応について

- ① ご利用中に事故が生じた場合には、市町村、家族、居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をします。
- ③ 当方の過失によりご利用様に生じた損害については、損害賠償をします。ただし、ご利用者様の故意や過失がある場合は、損害賠償の額を減額することがあります。

1 2. 利用料金について

- (1) 利用料金は、別紙のとおりです。
- (2) 支払い方法
 - ・ 毎月13日頃までに前月分の請求書を発行しますので、その月末日までにお支払い下さい。(口座振替の場合は、毎月20日)
 - ・ お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関自動引落の3方法がありますので、利用申込み時にお選び下さい。

1 3. 第三者評価の受審の状況

- ・ 第三者評価の実施の有無 無（受審していません）

当事業者は、通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づきデイサービスセンター佐久平愛の郷の重要事項説明書と個人情報に関する事項の説明をしました。

令和 年 月 日

社会福祉法人佐久平福祉会
デイサービスセンター佐久平愛の郷

説明者 職 名

氏 名 ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書と個人情報に関する事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始にしました

利用者 住 所

氏 名 ⑩

身元引受人 住 所
.....(家族代表者).....
氏 名 ⑩

代理人 住 所
(選任した場合)
氏 名 ⑩

確 認 書

- 本契約9条の「医療体制」で、利用者様の容態が急変した時の主治医への連絡先

[第1番目の連絡先]

主治医	医療機関名	
	主 治 医	
	電話番号	

- 利用者様の容態が急変した時のご家族への連絡先

[第1番目の連絡先]

ご家族	氏 名	
	住 所	
	電話番号	

利用者様の容態が急変した時のご家族への連絡先

[第1番目の連絡先と連絡が取れない場合の連絡先]

ご家族	氏 名	
	住 所	
	電話番号	

利用料金表

① 通所介護利用料（要介護度1～5）

利用料は介護給付費の1割で、下記のとおりです。

要介護	1日あたりの自己負担額				
	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
要介護度1	370円	388円	570円	584円	658円
要介護度2	423円	444円	673円	689円	777円
要介護度3	479円	502円	777円	796円	900円
要介護度4	533円	560円	880円	901円	1023円
要介護度5	588円	617円	984円	1008円	1148円
入浴介助加算（Ⅰ）	40単位/日				
中重度者ケア体制加算	45単位/日				
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18単位/回				
介護職員処遇改善加算Ⅰイ	所定単位に11.1%を乗じた単位数				
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56単位/日 76単位/日 どちらか算定				
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ					
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月				
科学的介護推進体制加算	40単位/月				
ADL維持加算（Ⅰ）	30単位/月				
感染症・災害時利用数の減少が一定以上生じている場合の加算	所定単位数の3%を加算				
昼食代	640円×利用回数（おやつのみ80円×利用回数）				
引落手数料 （口座振替の方のみ）	150円（八十二銀行ご利用の方はかかりません）				

※ 2割（3割）負担の場合は、自己負担額が2倍（3倍）になります。

様の一日の利用料合計

円

お支払い方法

毎月、15日までに前月分の利用料請求書を送付しておりますので、月末までにお支払い下さい。
お支払い方法は、口座振替をお願いします。現金でのお支払いをご希望の方はご相談ください。