デイサービスセンターあすなろ 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。(広島県指定 第3472500838号)

(1) 事業の目的及び運営の基本方針

デイサービスセンターあすなろは、要支援者(総合事業における事業対象者を含む)・要介護者等に必要なサービスを提供し、もって利用者の生活機能の維持向上、ならびにご家族の身体的精神的負担の軽減をめざします。サービス提供にあたっては利用者の心身の特性を踏まえ、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、関係市町村・地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービスの提供に努めます。

運営の基本方針は以下の通りです。

- 1. 利用者様及び御家族にサービス内容等について説明し、文書により同意を得た上でサービスを提供します。
- 2. 利用者様のサービス利用目的,「居宅サービス計画」又は「介護予防サービス計画(又は介護 予防ケアマネジメント)」に沿って心身の状況に応じた個別サービス計画を作成し,計画に沿 ったサービスを提供します。
- 3. サービスの提供にあたっては、利用者様の人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- 4. 地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の福祉サービス等との連携を密にし、良質なサービスが提供できるよう努めます。
- 5. サービス利用者状況や個人情報などのご利用者様に関する情報を、許可無く他にお知らせすることはありません。

(2) 事業所の所在地

デイサービスセンターあすなろ(以下「事業所」という)は、東広島市西条町吉行 1456 番に事業 所を置きます。

(3) 従事者の職種,員数及び職務内容

事業所には,以下の職員を従事させます。

- 1. 管理者 1名 (常勤兼務) 事業所の職員及び業務全般の管理を一元的に行います。
- 2. 生活相談員 3名(常勤兼務) 利用申し込みに係る調整, サービス計画の作成, 相談・援助業務を行います。
- 3. 看護職員1名(訪問看護ステーションあすなろ西条と提携) 健康チェックなどご利用中の健康管理をいたします。
- 4. 介護職員 10名(常勤兼務2、常勤専従2、非常勤専従6) 入浴・食事・更衣など、日常生活上の介護を行います。
- 5. 機能訓練指導員 1名(非常勤専従) 利用様が日常の動作を維持できるよう機能訓練を行います。

(4) 営業日及び営業時間

営業日及び営業時間は、以下の通りとさせていただきます。

- 1. 営業日 月曜日~土曜日(但し,12月30日から1月3日までを除く)
- 2. 営業時間 8時30分 ~ 17時30分
- 3. サービス提供時間 9時00分 ~ 16時10分

(5) サービス定員

一日に利用できる定員は30名とします。(第1号通所介護事業定員を含む)

(6) 実施地域

事業所の通常の事業の実施地域は、安芸津・河内・福富・豊栄・黒瀬・志和地域をのぞく東広島市 区域とします。

(7) サービス内容

事業所では、個別サービス計画に沿って以下のサービスを行います。

1. 送 迎

事業所が保有する自動車により、ご自宅から事業所までの間の送迎を行います。

2. 健康管理

看護職員があすなろ到着後の健康チェックを行います。

また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。

3.食事

栄養士の立てる献立表により、栄養と身体状況に配慮した食事の提供、また、介助が必要な利用者様に対しては食事の介助を行います。

<食事時間>昼食12:00~13:00

4. 入 浴

体調を考慮し、身体状況にあった入浴を提供します。また、介助の必要なご利用者様には介助を行います。

5. 生活指導

利用者様の生活状況に応じて、機能訓練指導員、看護師、介護士より助言を致します。

6. 機能訓練

利用者様の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復または、その減退を防止するための訓練を実施します。

- ・食事・入浴・排泄・更衣などの日常動作を通じた訓練
- ・器械・器具を使用した訓練
- ・集団的に行うレクリエーションや歌唱,体操,脳トレ,創作活動 などを行います。

(8) 利用料等

利用料は、法定代理受領サービス分については介護報酬の告示上の額といたします。 法定代理受領サービス分以外については、介護報酬の告示上の額に準じます。

≪通 所 介 護≫ サービス提供時間 7 時間以上 8 時間未満

	1回のご利用につき	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護 5
1	デイサービス利用料	658 単位	777 単位	900 単位	1023 単位	1148 単位
2	入浴加算	40 単位 (入浴された場合のみ)				
3	科学的介護推進体制加算	40 単位				
4	処遇改善加算Ⅲ	①②③の合計単位数 × 8.0%				
(5)	地域加算(7級地)	①②③④の合計単位数 × 10.14円				
6	昼食代(おやつ含む)	670 円 × 利用回数				
	お支払い金額 計	①~⑤の1割(一定以上の所得のある方は2割・3割)負担				
		と ⑥ の合計				

≪通所型サービス≫

1ヶ月のご利用につき		要支援1・通所型サービ	要支援2・通所型サービス	
		ス(週1回程度) (週2回程度)		
1	デイサービス利用料	1798 単位	3621 単位	
2	科学的介護推進体制加算	40 単位		
3	処遇改善加算Ⅲ	①②の合計単位数 × 8.0%		
4	地域加算(7級地)	①②③の合計単位数 × 10.14円		
(5)	昼食代(おやつ含む)	670 円 × 利用回数		
	** 古ゼル 公姫 弘	①~④の1割(一定以上の)	所得のある方は2割・3割)負担	
	お支払い金額 計	と ⑤ の合計		

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をお支払い頂 くこととなります。その他、サービスをご利用頂くにあたって、次の費用を申し受けます。

1. ケアハウスあすなろ 入居者様おやつ代・・・・ 200円

2. 通常のサービスエリア以外への送迎・・1 kmあたり 20円

(ケアハウスあすなろの入 居者様は昼食代不要です が、おやつ代が必要です。)

- 3. 利用時間の延長サービス・・・・1時間につき 500円
- 4. 利用回数以上の利用・・・・・1回あたり 3,000円(食事代別)
- 5. リハビリパンツ・パッド等、個人的軽費・・・・実費相当額
- 6. タオル類のレンタル・・・一回 50 円 洗濯代・・・一回 200 円

(9) サービスご利用にあたっての留意点

1. ご利用予定日に、ご利用にならない場合は前日の17:30までにご連絡ください。それ以降の

キャンセルにつきましては食事代金が発生します。

- 2. 利用当日, 体調等で普段と違う状況に気づかれた場合は, 送迎の職員にお申し付けください。
- 3. 伝染性疾患又は感染の恐れがある疾患と診断されている方は、ご利用をお断りすることがあります。治癒後、かかりつけ医の確認を頂いてからご利用ください。

(10) 緊急時における対応

サービスご利用時に,疾病その他により緊急対応を要する場合には,事前にお伺いしたかかりつけ医に受診するか,それによりがたい場合は他の医療機関に受診させていただきます。

(11) 非常災害対策

当事業所では、非常災害時にもご利用の方の安全を確保するために消防計画を作成し、定期的に 避難誘導等の防災訓練を行うこととしています。

(12) 事故発生時の対応

サービスご利用時に事故が発生した場合,以下の手順で対応します。

- 1. 適切な応急措置をする。
- 2. 利用者の家族、居宅支援事業者(または地域包括センター)、市町村に連絡し、必要な措置を講ずる。
- 3. 事故の状況と採った措置について記録する。
- 4. 事業者が賠償すべき事故の場合は、速やかに損害賠償する。

(13) その他の重要事項について

- 1. ご利用にあたっては、介護保険被保険者証を確認させていただきます。
- 2. 業務の都合等により、デイサービスのご利用をお断りする場合がございます。 その際は、他の通所介護事業者をご紹介いたします。
- 3. サービスに対する苦情等がございましたら、事業所の担当窓口で受け付けます。

(14) 苦情の受付について

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

≪あすなろ 相談窓口≫	
東広島市西条町吉行 1456	
生活相談員 日名田 愛美	
電話(082)493-8300 FAX(082)431-3841	
≪行政機関その他苦情受付窓口≫	
東広島市地域包括ケア推進課	広島県国民健康保険団体連合会
東広島市西条栄町 8-29	広島市中区東白島町 19-49 国保会館
電話(082)420-0984	電話(082)554-0783 FAX(082)511-9126
東広島市健康福祉部介護保険課	三原市高齢者福祉課地域福祉係
電話(082)420-0937 FAX(082)422-6851	三原市港町三丁目5番1号
	電話(084)864-2130 FAX(084)864-2130

以上については、担当 日名田 愛美 が説	明させていただきました。
----------------------	--------------

令和 年 月 日

デイサービスセンターあすなろ

管理者 日名田 愛美 印

デイサービスセンター あすなろ より,通所介護サービスを受けるにあたっての重要事項 について説明を受け、同意しました。

利用者	住 所		
	氏 名		印
代理人 立会人	住 所		
	氏 名	(続柄)	印