

指定地域密着型通所介護・指定介護予防通所介護重要事項説明書

1、事業者の概要

名称	株式会社 ゆう企画
所在地	名古屋市名東区香流3丁目1008番地
電話番号	052-760-2631
FAX番号	052-760-2632
代表者	代表取締役 家田敏男

2、事業所の概要

名称	デイサービス ゆうわ
所在地	名古屋市千種区新西2丁目1014番地
電話番号	052-700-7271
FAX番号	052-700-7269
管理者	山崎 修
サービス提供地域	千種区 名東区 守山区内で自動車で片道15分程度の範囲
サービス提供日	月曜日～土曜日 但し8月15日 12月30日～1月3日は除きます
サービス提供時間	午前9時20分～午後16時30分
事業所番号	2370102143
指定通所介護 運営方針	<p>1) 事業所の職員は、利用者の心身の特性、状態、嗜好を踏まえて、その有する能力に応じ、昼間における集団生活の中で、健やかに、安全で、快適に過ごせるよう、排泄、食事の介護、レクリエーション等にわたる援助を行います。具体的な運営にあたっては以下の運営で行います。</p> <p>① 安心安全な食材で食事を調理し、提供します。</p> <p>② 利用者の残された身体的能力を生かして、自立した暮らし・その人らしく暮らせるよう援助します。</p> <p>③ 利用者の求めるゆとりを持った運営を心がけます。</p> <p>④ 少人数ならではの手の届く、目の行き届く運営を目指します。</p> <p>⑤ 利用者の希望にでき得る限り合わせ、趣味等柔軟に行える体制を整えます。</p> <p>⑥ 食品衛生、防災管理等、利用者の安全に留意します。</p> <p>2) 事業の実施に当たっては、関係自治体、地域の連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p>

指定介護予防 通所介護 運営方針	事業所の職員は、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、昼間における集団生活の中で、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の利用意欲を高めるような適切な働きかけを行います。また利用者自らの立の可能性を最大限引き出す援助を行い、利用者のできることは、利用者が行うことを基本としたサービスの提供に努めます。その他においては、指定地域密着型通所介護運営方針に準じます。
------------------------	---

3、事業所の設備

食堂	1 室 テーブル 2 台 畳スペースあり （簡易ベッド 2 台あり）
機能訓練室	1 室 食堂と兼用
静養室	1 室 ベッド 2 台
相談室	1 室 事務所に併設

4、事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤	資格
管理者	1		介護福祉士 介護支援専門員
生活相談員	3		介護福祉士
介護士	1	3	介護福祉士・介護職員初任者研修修了者等
看護師		3	看護師
機能訓練士		3	看護師
調理		2	調理師等

5、サービスの内容

地域密着型通所介護計画・介護予防通所介護計画の作成	利用者に係る居宅介護支援事業者または介護予防支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）、または介護予防サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者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または介護予防通所計画を作成します。
1）介護	利用者に添う介護を提供します
2）食事等の提供	安全な食材で調理し、食事を楽しんでいただけるよう心がけます。 また必要な方には食事介助もいたします。特別な医師からの指示がある食事の場合はご相談ください。
3）生活相談	生活相談員にご相談ください。相談に応じます。
4）アクティビティ・サービス（趣味講座、体操等、）	
5）入浴	必要な入浴介助をいたします。
6）送迎	ご自宅までお迎えに上がり、お送りいたします。

7) 苦情・相談・助言に関すること
8) 外出 地域密着型通所介護計画または介護予防通所計画に基づいた外出を行います。

6、利用料金

利用料の額は厚生大臣の定める基準によるものです。9割が介護保険から給付されるもので、1割は利用者の自己負担となります。ただし、平成27年8月より一定以上の所得のある65歳以上の被保険者（第1号被保険者）については、利用者負担が2割となります

＊介護予防サービス料金（自己負担分）

		1割負担	2割負担	3割負担
基本料金	要支援1	1,786円/月	3,572円/月	5,358円/月
	要支援2	3,661円/月	7,322円/月	10,983円/月
加算料金	サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1 77円/月 要支援2 154円/月		
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数の9.2%/月		

＊介護サービス料金（小規模通所介護）（自己負担分）

基本料金	要介護1	801円/回	1,602円/回	2,403円/回
	要介護2	947円/回	1,894円/回	2,841円/回
	要介護3	1,098円/回	2,196円/回	3,294円/回
	要介護4	1,247円/回	2,494円/回	3,741円/回
	要介護5	1,397円/回	2,794円/回	4,191円/回
加算料金	入浴介助加算	43円/回	86円/回	129円/回
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	19円/回	38円/回	76円/回
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数の9.2%/月		

＊介護給付対象外料金

その他	昼食・おやつ代	700円/回
	日用品・教養娯楽費	100円/回
	クラブ活動費	実費（材料費のみ）
	サービス提供時間を超える時間帯利用	60分当たり 1000円

7、キャンセル料

ご連絡時期	キャンセル料
当日8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
当日8時30分までにご連絡がない場合	700円

8、利用料支払方法

利用料支払方法は、1ヶ月ごとに計算し、翌月中旬までにご請求いたします。集金方法は下記よりお選びできます。請求月の末までにお支払いください。

- ① 指定口座引き落とし
- ② 銀行口座振り込み 三菱 UFJ 銀行藤が丘支店 普通 0041404 株式会社ゆう企画
- ③ 現金持参 (ご利用時に持参)

9、緊急時の対応

サービス提供中に利用者の様態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

主治医

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

ご家族等緊急連絡先

氏名 (続柄)	
住所	
電話番号	

10、サービス提供に関わるお願い

① 贈答、もてなしの禁止

事業所職員等に贈答や飲食のもてなしは、制度上禁止されていますのでご遠慮させていただきます。

②事業所職員等の個人情報

個人情報保護法上、事業所職員等の住所、電話番号等の個人情報につきましてはご利用者様にお知らせすることができませんのでご了承ください。

④ 体調や容態の急変、急な用事などによりデイサービスをお休みされる場合はお早めに当事業所もしくは担当のケアマネージャーまでご連絡ください。連絡ないキャンセルの場合は食事代(600円)を徴収いたします。

⑤ 体調や容態の急変により、デイサービスをお休みされる場合は、早めに担当の介護支援専門員又は当事業所までご連絡ください。

⑥ 感染症の発生の予防又は感染のリスクを防ぐため、送迎時や利用中にマスクの着用、アルコールでの手指消毒などをお願いすることがあります。また職員もマスクや使い捨て手袋などを着用して介護業務にあたることがあります。

1 1、非常災害対策

事業者は非常災害、その他の緊急事態に備え、業務継続計画を作成し、研修及び訓練を行います。また、契約時に利用者家族の緊急連絡先と災害時の対策について確認します。非常災害時には職員の誘導の下、地域の指定避難所等へ避難する場合がございます。また台風や大雪など自然災害が予想される場合は、サービスの早めの打ち切りや、中止をすることもございます。

1 2、事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、関係機関、市町村等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や、事故に際してとった措置について記録し、弁償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

1 3、虐待防止に対する対策

人権の擁護、虐待の発生、その再発を防止するために虐待防止委員会を設置し、その結果について事業所職員で周知します。他、指針の整備、研修を実施します。サービス提供中に当事業所の職員、又は家族等による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに市町村へ通報します。

1 4、感染症の予防及び蔓延防止のための対策

事業所内の衛生管理、介護ケアに関わる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。感染症の発生、その他の発生を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について事業所職員等に周知します。指針の整備、研修等を実施します。また、新たに感染症発生時に対しては事業継続計画に基づき対応します。

1 5、苦情・相談窓口

当事業所相談・苦情窓口

担当	山崎 修
受付時間	平日午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
連絡先	052-700-7271

地域密着型通所介護・介護予防通所介護の利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

所在地	名古屋市千種区新西 2 丁目 1014 番地
名称	株式会社 ゆう企画 デイサービス ゆうわ
説明者	管理者 山崎 修

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける地域密着型通所介護・介護予防通所介護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族又は代理人

本人との関係 _____ 署名を代行した理由 _____

住所 _____

氏名 _____ 印