

老人デイサービスセンター寿和苑

地域密着型通所介護サービス内容説明書・重要事項説明書

当事業者が、あなたに提供する地域密着型通所介護サービス（以下、「地域密着型通所サービス」という。）は以下の通りです。

I 提供するサービス

1. サービス提供日

地域密着型通所サービス

ご利用日 : (.) 曜日

- ① 地域密着型通所サービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止になるよう適切に提供いたします。
- ② 地域密着型通所サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし、分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ 地域密着型通所サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具についてはその都度消毒したものを用います。

2. 担当職員

あなたの担当職員は、以下の通りです。

- ・生活相談員 3人（常勤兼務 2人・非常勤 1人）
- ・看護職員 2人（常勤専従 0人・常勤兼務 2人）
- ・介護職員 2人（常勤専従 0人・常勤兼務 2人）
- ・機能訓練指導員 2人（看護職員が兼務）
- ・管理栄養士 1人（併設施設と兼務）

上記の責任者は 施設長 河内美文 です。

3. 利用料

地域密着型通所サービスの利用料及びその他の費用は以下のとおりです。（1日あたり）

平成30年2月15日改訂（単位 円）

① 保険適用内 : 1割負担

	要介護度	1	2	3	4	5
保険適用内 (1割負担)	介護利用料	735	868	1,006	1,144	1,281
	入浴加算	50	50	50	50	50

	サービス提供体制	6	6	6	6	6
	介護職員処遇改善加算	47	55	63	71	79
保険適用外	(朝) 食費 (昼) (夕)	740	740	740	740	740
	合 計	1,578	1,719	1,865	2,011	2,156

② 保険適用内 : 2割負担

	要介護度	1	2	3	4	5
保険適用内 (2割負担)	介護利用料	1,470	1,736	2,012	2,288	2,562
	入浴加算	100	100	100	100	100
	サービス提供体制	12	12	12	12	12
	介護職員処遇改善加算	93	109	125	142	158
保険適用外	(朝) 食費 (昼) (夕)	740	740	740	740	740
	合 計	2,415	2,697	2,989	3,282	3,572

あなたは、週 回のご利用で、1ヶ月あたりのご利用料の目安は、_____円となります。

- ① 提供する地域密着型通所サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割又は2割をお支払いただきます。但し介護保険制度改定により利用料等が変更することがあります。
- ② 提供される地域密着型通所サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③ 当苑では、あなたに対し毎月15日までに、前月の地域密着型通所サービス提供日、利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添えて送付します。
- ④ 毎月の利用料は、毎月23日（金融機関が休日の場合は、翌営業日）に前月分の利用料を口座振替または振込にてお支払いいただきます。
(他のお支払方法をご希望の方はお申し出ください。)

4・キャンセル

利用日の午前8時30分までに連絡なくキャンセルされた場合については、自己負担相当額の半額をいただくことがあります。

5. 保険給付の請求のための証明書の交付

地域密着型通所介護提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますのでお申し出下さい。

6. 情報提供

サービス担当者会議等において利用者、家族の個人情報を用いる場合があります。

7. 事故発生時の対応

- ① 地域密着型通所サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村及び家族等に連絡を行うと共に、必要な処置を講じます。
- ② 地域密着型通所サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。但し、施設の責によらない理由等による場合は、この限りではありません。

8. 身体拘束の廃止

利用者の方に対する身体拘束は行いません。但し、やむを得ず身体拘束をさせていただく場合は、利用者又はご家族の同意を得た上で、身体拘束廃止委員会の承認後、しかるべき身体拘束をさせていただきます。

II. 地域密着型通所サービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに対し説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 武芸会
主たる事務所の所在地	岐阜県関市武芸川町跡部 1555 番地の 1
法人種別	老人福祉施設
代表者名	河内 美文
電話番号	0575(46)1131

2. ご利用事業所

介護保険法令に基づき指定を受けている事業所名称（指定番号）	老人デイサービスセンター 寿和苑 (2170900175)
介護保険法令に基づき指定を受けている居宅介護サービスの種類	地域密着型通所介護
所在地	岐阜県関市武芸川町跡部 1555 番地の 1
電話番号	0575(46)1131

3. 事業の目的と運営方法

ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援する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・精神的負担の軽減を図る援助をすることを目的としています。

4. ご利用事業所の職員体制

事業所の従業者の職種	員数	勤務の体制
管理者	1名以上	常勤（併設施設と兼務）
生活相談員	1名以上	常勤1名以上
看護師	1名以上	看護、介護職員いずれか 1名以上
介護職員	1名以上	同上
管理栄養士	1名以上	常勤（併設施設と兼務）

5. 営業時間

営業日	月～金
営業時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：10～16：20
延長サービス時間	8：00～9：10及び16：20～18：00

6. 提供するサービスの内容

サービス区分と種類	サービスの内容
地域密着型通所介護計画の作成（全利用者が対象）	<p>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。</p> <p>地域密着型通所介護計画の作成にあたっては、その内容についてご利用者またはそのご家族に対して説明し、ご利用者の同意を得ます。</p> <p>それぞれのご利用者について、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標達成の記録を行います。</p>
送迎	事業者が管理する車両により、ご利用者の居宅と事業所までの間を送迎いたします。（延長サービス時間を除く）
日常生活上のお世話	
食事介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して介助を行います。また、ご利用者の嚥下状況等により、ご利用者に適した食事形態により提供します。
入浴介助	ご利用者の身体状況に応じ、個浴、機械浴により入浴していただき、必要に応じ清拭、洗髪等の介助を行います。

排泄介助	排泄の介助、おむつ、パット交換等を行います。
更衣介助	更衣の介助を行います。
移動・移乗介助	室内等での移動、車いすやトイレ、ベッドへの移乗に対する介助を行います。
服薬介助	配薬された薬の確認、服薬の確認等を行います。
機能訓練	ご利用者の状態や能力、希望等に応じて機能訓練指導員が専門的知識に基づき、 <ul style="list-style-type: none"> ・食事、入浴、排泄、更衣等の日常生活動作を通じた訓練 ・器械、器具等を使用した訓練 ・集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操 などを行います。
その他	必要に応じ、ご利用者様の趣味、趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
特別なサービス (加算項目)	
若年性認知症利用者受入	40歳から64歳までの若年性認知症のご利用者様を対象に、その方の特性やニーズに応じたサービスを提供いたします。室内等での移動、車いすやトイレ、ベッドへの移乗に対する介助を行います。

7. 苦情申立窓口

寿和苑内相談窓口

ご利用時間	平日 9:00~17:00
ご利用方法	電話 0575(46)1131・面談（寿和苑 面談室）

その他の相談窓口

関市役所 高齢福祉課	電話 0575(23)8993
岐阜県国民健康保険団体連合会	電話 058(275)0825

8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。	
利用者の主治医	氏名
	所属医療機関の名称
	所在地
	電話番号
	医療機関の名称

協力医療機関	所在地	岐阜県関市武芸川町高野 590-1
	電話番号	0575(46)2017
	医療機関の名称	中濃厚生病院
	所在地	岐阜県関市若草通り 5-1
	電話番号	0575(22)2211

緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

平成 年 月 日

(乙) 当事業者は甲 1 に対する地域密着型通所介護サービスの提供開始にあたり、甲 1、甲 2 に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 地域密着型通所介護サービス事業者
 岐阜県関市武芸川町跡部 1555 番地の 1
 社会福祉法人 武芸会
 理事長 河内 美文 印

主たる事業所
 老人デイサービスセンター 寿和苑

説明者 氏名 印

(甲) 私はサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲 1) 利用者 住所 氏名 印

(甲 2) 利用者家族 住所 氏名 印

※この説明書は、平成 30 年 2 月 15 日より施行させていただきます。