

友愛デイサービス（通所介護）

重要事項説明書

当事業者が友愛デイサービスにおいて提供するサービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	特定非営利活動法人 友愛ホーム
主たる事務者の所在地	静岡県沼津市西島町 19 番 64 号
電話番号 メール	055-933-2571 yu-ai@topaz.ocn.ne.jp
法人の種別	特定非営利活動法人
法人設立年月日	平成 15 年 8 月 5 日
代表者職	理事長
代表者氏名	佐藤 由美子

事業所の名称	友愛デイサービス
事業所の所在地	静岡県沼津市西島町 19 番 64 号
介護保険事業所番号	2271100832
指定年月日	平成 31 年 1 月 18 日
電話番号	055-933-2571
通常の実施地域	沼津市(内浦・西浦地区、戸田地区を除いた地域) 清水町

2 事業者の職員の概要

(記入日: R 年 月 日)

職種	資格	員数	勤務の体制			
管理者		1 人	常勤	1 人	非常勤	人
生活相談員兼介護員	介護福祉士	2 人	常勤	2 人	非常勤	1 人
生活相談員兼介護員	初任者研修	1 人	常勤	1 人	非常勤	人
介護員	介護福祉士	1 人	常勤	人	非常勤	1 人
介護員	初任者研修	5 人	常勤	5 人	非常勤	人
介護員		1 人	常勤	1 人	非常勤	人
看護師	看護師	2 人	常勤	人	非常勤	2 人
機能訓練指導員	看護師	2 人	常勤	人	非常勤	2 人

3 事業の目的

特定非営利活動法人友愛ホーム（以下「事業者」とします。）が設置する友愛デイサービス（以下「事業所」とします。）が行う指定通所介護事業の適正な運営確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態となった場合においても、その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、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精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

4 運営方針

運営方針は、次のとおりです。

- (1) 指定通所介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとします。
- (2) 事業者自らその提供する指定通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。
- (3) 指定通所介護の提供に当たっては、通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行います。
- (4) 指定通所介護の提供に当たる従業者は、通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- (5) 指定通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- (6) 指定通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供します。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えます。
- (7) 事業者は、サービスの提供に際し、居宅介護支援事業者（必要と判断される場合は、主治医、保健医療、福祉サービス提供者を含む）と綿密な連携を図るものとします。

5 従業員の職種、員数及び職務の内容

この事業所に勤務する従業者の職種、員数及び職務の内容は、次のとおりとします。

(1) 管理者 (常勤)

管理者は、通所介護計画の作成及び説明を行うほか、従業者の管理、指定通所介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。

(2) 生活相談員 (常勤、介護職員兼務)

生活相談員は、生活指導その他の指定通所介護の提供に当たります。

(3) 介護職員 (常勤、非常勤)

介護職員は、介護その他の指定通所介護の提供に当たります。

(4) 看護師 (非常勤)

看護師は、看護その他の指定通所介護の提供に当たります。

(5) 機能訓練指導員 (非常勤)

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練、指導、その他の指定通所介護の提供に当たります。

6 営業日 月曜日～土曜日

営業時間 AM8:00～PM5:00

休業日 日曜日・12/31～1/3

サービスの提供時間 AM9:00～PM4:00

7 緊急時の対応

(1) 風邪等、体調不良の際はサービス内容の変更またはサービスの提供をお断りすることがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

(2) 急な体調の変化や不慮の事故による怪我などがあった場合は、応急処置および緊急受診などの必要な処置を講ずるほか、速やかにご家族および、ご利用者のかかりつけの医師に連絡を取って指示を仰ぎます。

(3) 緊急の場合は、救急車を要請します。その場合はご希望病院以外に搬送されることもあります。

(4) 状況に応じて保険者へ速やかに報告いたします。

(5) 受診が必要な場合は、ご家族に付き添いをお願いします。

緊急時に必ず連絡が取れる電話番号を事前にお知らせください。

	氏名	TEL
主治医 友愛主治医	米山町クリニック	055-943-6600
	勝呂医院	055-962-3083
	守重医院	055-931-2511
	シラカベ歯科	055-952-3333
緊急連絡先	①	
	②	

8 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画に基づき、非常災害に備えるため、年1回以上避難、救出その他必要な訓練を行います。

9 苦情処理

あなたは、当事業者のデイサービスの提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇をうけません。下記の窓口、又は意見箱をご利用いただき何なりと申し付けてください。

第三者委員会は現在設けておりません。

苦情相談窓口 担当窓口 糟谷 甲江
電話番号 (直通)055-928-7760 FAX 055-933-2605

沼津市長寿福祉課	電話番号	055-934-4873
清水町長寿介護課	電話番号	055-981-8213
静岡県国民健康保険団体連合会	電話番号	054-253-5590

10 事故発生時の対応

事業者は、通所サービスの提供を行っているときに事故が発生した場合利用者の所在する市町村、利用者の家族、利用者に係る支援事業所に連絡を取る等必要な措置を講じます。

11 感染防止の対応

赤痢・チフス・コレラ等や結核又は、MRSA・疥癬等の感染疑いの有る方、もしくは、サービスご利用時発症した疑いの有る方は、医師の指示に従い許可を得てからのご利用となります。

12 利用料その他の費用の額

利用料金

- (1) 沼津市は、地域区分が「7級地」である為、下記表の単位数に10.14円乗じた金額の1割又は2割、3割が自己負担となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。
- (2) 処遇改善加算 1月あたりの総利用単位数に乗じた単位数を加算致します。

		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
所要時間 5～6 時間未満	単位	570	673	777	880	984
	自己負担額	①570	①673	①777	①880	①984
	①1 割分 ②2 割分	②1140	②1346	②1554	②1760	②1968
	③3 割分	③1710	③2019	③2331	③2640	③2952
所要時間 6～7 時間未満	単位	584	689	796	901	1008
	自己負担額	①584	①689	①796	①901	①1008
	①1 割分 ②2 割分	②1168	②1378	②1592	②1802	②2016
	③3 割分	③1752	③2067	③2388	③2703	③3024
所要時間 7～8 時間未満	単位	658	777	900	1023	1148
	自己負担額	①658	①777	①900	①1023	①1148
	①1 割分 ②2 割分	②1316	②1554	②1800	②2046	②2296
	③3 割分	③1974	③2331	③2700	③3069	③3444

入浴介助加算	単位	40
	利用料(10 割分)	400 円
	自己負担額 ① 1 割分 ②2 割分 ③3 割分	① 40 ②80 ③120
機能訓練加算	単位	56
	利用料(10 割分)	560 円
	自己負担額 ①1 割分 ②2 割分 ③3 割分	①56 ②112 ③168

食事に関する費用 実費	昼食 745 円 ・ おやつ 55 円
-------------	---------------------

介護保険対象外のデイサービスご利用					
	利用時間 5 時間未満	利用時間 5～7 時間	昼食 おやつ	入浴	備考
自立	1,650 円	2,200 円	800 円	550 円	送迎料込
要支援 1 要支援 2	2,530 円	3,300 円	800 円	550 円	送迎料込
介護保険申 請中又は、 申請予定	3,300 円	4,400 円	800 円	550 円	送迎料込

時間外 (16 時以降) 休業日 (1 時間)	2,200 円	800 円		
緊急時 お泊り (1 泊)	5,500 円 16:00～翌日 9:00 夕食・朝食込み 送迎料込み(デイサービス休業日の送迎は基本致しませんが、 ご依頼がございましたら別途として料金がかかります。) ※緊急時の病院付添い等は 1 時間 2,300 円(別途車両代 ¥500 円)がかかります。			

- 食事 (昼食、おやつ)
- 入浴
- 環境整備 (清掃、室温調節、換気など)
- 介護保険などに伴う管理事務、
- アクティビティーサービス (趣味、娯楽活動)
- 各種相談
- ご家族への介護報告
- 送迎

(3) 前項に定めるもののほか、事業所は以下の費用の支払いを受けるものとします。

- ①食事代 朝食、昼食、夕食、各 745 円・おやつ 55 円
- ②オムツ代 165 円/枚 リハパン代 110 円/枚 パット代 55 円/枚
- ③日常生活費のうち、利用者が負担することが適当と認められる次の費用
 - 1) サークル活動の材料費 実費
 - 2) 希望により理美容のサービスを受ける場合は別途費用を徴収します。
(カットは 1600 円、カラー又はパーマ 4700 円)
- ④時間外延長サービス (午後 4 時 15 分～午後 8 時 15 分) に於いては介護度に関係なく 1 時間 2.200 円とします。
- ⑤入浴に必要なタオル等の貸出 入浴セット 55 円/1 回

※緊急お泊り（介護保険適用外）サービスに対応する職員体制等
定員3名に対してスタッフ1名にて対応致します。（ベッド3台完備）

※緊急お泊り（介護保険適用外）サービスの目的

お泊りサービスはご家族様のご都合により緊急で宿泊が必要とする利用者、ショートステイが取れない利用者への配慮が目的の介護保険適用外サービスです。

※緊急お泊り（介護保険適用外）サービス利用に当たっての留意事項

- ・利用者の状態の把握等が必要となる為、当デイサービスをご利用の方に限らせていただきます。
- ・当日はデイサービスをご利用していただきます。
- ・所持金品は自己の責任になりますので、当デイサービスへの持ち込みはご遠慮下さい。

(4) 前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、そのサービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得るものとします。

13 利用料等お支払方法

毎月、10日までに前月分の利用料等を利用料明細書により御請求いたしますので15日までに下記口座に振込み送金してお支払下さい。

入金の確認後領収書を発行致します。

ゆうちょ銀行（同行からの場合） 口座番号 12390-44841571	ゆうちょ銀行（他行からの場合） 店名 二三八 店番 238 口座番号 4484157
口座名義	トクテイヒエイリカドウホウジン 特定非営利活動法人 ユウアイホーム 友愛ホーム

静岡銀行 下香貫支店 （口座番号 0538950）	
口座名義	トクテイヒエイリカドウホウジン 特定非営利活動法人 ユウアイホーム 友愛ホーム
リジ	サトウ ユミコ 理事 佐藤 由美子

1 4. 高齢者虐待防止のための措置に関する事項

事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止に関する責任者の選定を行います。
- (2) 従業者の虐待防止を啓発・普及するための研修の実施（研修方法や研修計画）を定期的に行い、研修を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (3) 個別支援計画書の作成など適切な支援の努力に努めます。
- (4) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を設備するほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の設備に努めます。
- (5) 虐待防止のための検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知を徹底いたします。

1 5. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期に業務再開を図るための計画を策定します。

1 6. オンラインツール等を活用した会議の開催

利用者又はその家族の同意がある場合、サービス担当者会議又は入院中のカンファレンスをテレビ電話設置等（オンラインツール）を活用して行うことができるものとします。その際、個人情報の適切な取り扱いに留意します。

令和 年 月 日

(事業所)

友愛デイサービスの利用に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明いたしました。

名 称 友愛デイサービス

所在地 〒410-0835 静岡県沼津市西島町 19 番 64 号

Tel 055-933-2571

説明者 _____

(利用者)

この説明書により、友愛デイサービスに関する重要事項の説明を受けました。

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____

印 _____

(代理人)

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____

印 _____

(続柄) _____