

手鞠デイサービス(共用型認知症対応型通所介護)重要事項説明書

当事業者が提供する手鞠デイ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
主たる事務所の所在地	静岡県沼津市西島町 19 番 64 号
電話番号	055-933-2571
メール	yu-ai@topaz.ocn.ne.jp
法人の種別及び名称	特定非営利活動法人
代表者職	理事長
代表者氏名	佐藤 由美子

事業所の名称	手鞠デイサービス
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	2291100200
指定年月日	平成 27 年 9 月 1 日
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)

2 事業の目的

この事業所が行う認知症対応型通所介護の事業は、要介護状態等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する。

3 事業者の職員の概要

(記入日: 年 月 日)

職種	資格	員数	勤務の体制			
管理者	介護福祉士	人	常勤	人	非常勤	人
介護支援専門員	介護支援専門員	人	常勤	人	非常勤	人
介護員	ホームヘルパー1級	人	常勤	人	非常勤	人
介護員	ホームヘルパー2級	人	常勤	人	非常勤	人
介護員	その他	人	常勤	人	非常勤	人
介護員	准看護師	人	常勤	人	非常勤	人

4 営業日 月曜日～日曜日

営業時間 AM8:00～PM5:00

休業日 なし

サービスの提供時間 AM8:15～PM4:45

5 利用定員

1日に事業所の事業を提供する定員は、次の通りとする。

利用定員 3人とする。

6 緊急時の対応方法

- (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	
	③	

7 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。

8 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。

苦情相談窓口 担当窓口 佐藤 由美子

電話番号 (直通)055-928-7763 FAX 055-933-2605

沼津市長寿福祉課	電話番号	055-934-4873
静岡県国民健康保険団体連合会	電話番号	054-253-5590
	電話番号	

9 事故発生時の対応

事業者は、通所介護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。

10 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。

11 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10.17円乗じた金額の負担割合証に記載の割合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) 介護職員処遇改善加算 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 6～7時間 未満	単位	457	472	489	506	522	
	利用料(10割分)	4570	4720	4890	5060	5220	
	自己負担額	①	457	472	489	506	522
		②	914	944	978	1012	1044
③		1371	1416	1467	1518	1566	
所要時間 7～8時間 未満	単位	523	542	560	578	598	
	利用料(10割分)	5230	5420	5600	5780	5980	
	自己負担額	①	523	542	560	578	598
		②	1046	1084	1120	1156	1196
③		1569	1626	1680	1734	1794	

所要時間 8～9時間 未満	単位	540	559	578	597	618	
	利用料(1割分)	5400	5590	5780	5970	6180	
	自己負担額	①	540	559	578	597	618
		②	1080	1118	1156	1194	1236
③		1620	1677	1734	1791	1854	
入浴介助 加算	単位	40					
	利用料(1割分)	400					
	自己負担額	①	40				
		①1割分②2割	80				
分③3割分		120					

食事に関する費用 実費	昼食 715円・おやつ 55円
消耗品等	おむつ、パット代 入浴セット 他

共用型認知症対応型通所介護料金

- 食事（昼食、おやつ）外税
- 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

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	770 円	550 円	送迎料込
要支援 1 要支援 2	2,530 円	3,300 円	770 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	770 円	550 円	送迎料込
時間外 (16:00 以降) 休業日 (1 時間)	2,200 円		770 円		
緊急時 付添い	緊急時の病院付添い等は 1 時間 2,300 円 (別途車両代 500 円) かかります。				

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 <small>トクテイエイリカッドウホウジン</small> 特定非営利活動法人 <small>ユウアイホーム</small> 友愛ホーム	

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

12. 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) 従業員の虐待防止を啓発・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、従業員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) 従業員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、従業員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員に周知を徹底いたします。

13. 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。

14. 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

(事業者)

手鞠デイサービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明いたしました。

所在地 〒410-0835 静岡県沼津市西島町 19 番 64 号
TEL055-933-2571

名 称 特定非営利活動法人 友愛ホーム
手鞠デイサービス

説明者 _____

(利用者)

この説明により、手鞠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