

# デイサービスセンター大井シクラメン 重要事項説明書

通所介護(介護予防通所介護)サービスの提供に関し、社会福祉法人敬愛会デイサービスセンター大井シクラメンがあなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1 法人の概要

法人名	社会福祉法人 敬愛会
代表者氏名	理事長 花田 美晴
法人所在地	岐阜県中津川市阿木2811番地の1
電話番号・FAX	電話 0573-63-3232 FAX 0573-63-3233

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所の主要項目

事業所の名称	デイサービスセンター大井シクラメン デイサービスセンター飯地シクラメン(サテライト事業所)
事業の種類	指定通所介護事業 (平成16年7月1日指定 岐阜県第2171700194号) 指定介護予防通所介護事業 (平成18年4月1日指定 岐阜県第2171700914号) 介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業 (平成27年4月1日 中津川市) (平成28年3月1日 恵那市)
所在地	岐阜県恵那市大井町神徳1002-3(大井シクラメン) 岐阜県恵那市飯地町字中下165番地8(飯地シクラメン)
センター長	井上 克志
電話番号・FAX	電話 0573-20-0533 FAX 0573-20-0534(大井シクラメン) 電話 090-6807-9706(飯地シクラメン)
事業の実施地域	岐阜県恵那市内 / 中津川市内の一部の地域
利用定員	25名(飯地シクラメン定員10名を含む)

※デイサービスセンター大井シクラメンは、ショートステイ大井シクラメンと併設しています。

### (2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することにより、要介護状態又は要支援状態の維持・改善を目的とします。
運営方針	ケアプランに沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練(日常生活訓練)その他必要な介護等を行います。

### (3) 事業所の営業日及び営業時間

#### a. 大井拠点

営業日	年中無休(但し、年末年始の休業日は別途取り決め告知します。)
通常の営業時間	9:00~16:10
開館時間	7:00~19:00(ご家族が送迎した場合の受入可能時間)

#### b. 飯地サテライト

営業日	火・木・土曜日(但し、年末年始の休業日は別途取り決め告知します。)
通常の営業時間	9:00~16:10
開館時間	8:15~17:00(ご家族が送迎した場合の受入可能時間)

(4) 事業所の職員体制

職 種	職員人数		勤 務 体 制	
管理者	常勤兼務	1名	勤務時間 日勤 8:15~17:00 遅番 10:45~19:30	
主任	常勤兼務	1名		
事務員	非常勤専従	1名		
看護職員	常勤兼務	1名		
	非常勤兼務	1名		
生活相談員	常勤専従	1名		
	常勤兼務	4名		
介護職員	常勤専従	5名		
	常勤兼務	4名		
	非常勤専従	9名		
機能訓練指導員	常勤専従	1名		
	常勤兼務	1名		
	非常勤兼務	1名		

3 施設の概要

(1) 大井拠点

a. 建 物

敷地面積	自己所有地 1047.71 m <sup>2</sup> (併設するショートステイ大井シクラメンを含む)		
建物	構造	鉄筋コンクリート2階建[耐火構造]( " )	
	延べ床面積	572.59 m <sup>2</sup>	

b. 主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
食堂兼多目的ホール等	3カ所	85.27 m <sup>2</sup>	3.41 m <sup>2</sup>
一般浴室	1室	9.60 m <sup>2</sup>	
機械浴室	特殊浴槽1台	30.6 m <sup>2</sup>	

(2) 飯地サテライト

a. 建 物

敷地面積	借地 506 m <sup>2</sup>		
建物	構造	木造平屋[非耐火構造]	
	延べ床面積	104.32 m <sup>2</sup>	

b. 主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
食堂及び機能訓練室	3カ所	34.25 m <sup>2</sup>	3.43 m <sup>2</sup>
一般浴室	1室	3.73 m <sup>2</sup>	

4 提供するサービスの内容について

種類	内容
食事	栄養士管理による、利用者に適した食事を提供します。また、身体状況に配慮し、必要に応じて介助を行いません。
入浴	見守りや直接介護により、入浴を提供します。寝たきり等の方は、特殊浴槽での入浴が可能です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうと共に、排泄の自立についても適切な援助を行いません。
個別機能訓練 (運動器機能向上)	機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。
栄養改善	「食べること」を支援し低栄養状態の予防・改善を図ります。
口腔機能向上	口腔機能の減退を早期に予防し、おいしく楽しく安全な食生活を営めるよう援助します。また、口腔衛生状態の改善を図ります。

生活指導など	利用者の生活面での指導や援助、相談等を行ないます。また、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行ないます。
レクリエーション	季節行事や趣味活動などのレクリエーションの場を提供します。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行ないます。

※大井拠点と飯地サテライトでは提供するサービスが異なります。詳しくは生活相談員等にお尋ねください

## 5 提供するサービスの料金について

◇ 要介護の場合 <介護保険負担割合証が1割の方の料金 (2割の方の料金)>

基本料金	介護度	3時間～5時間	5時間～7時間	7時間～9時間
	要介護 1	380円 (760円)	572円 (1,144円)	656円 (1,312円)
	要介護 2	436円 (872円)	676円 (1,352円)	775円 (1,550円)
	要介護 3	493円 (986円)	780円 (1,560円)	898円 (1,796円)
	要介護 4	548円 (1,096円)	884円 (1,768円)	1,021円 (2,042円)
	要介護 5	605円 (1,210円)	988円 (1,976円)	1,144円 (2,288円)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ		18円 (36円) / 回		
入浴介助加算		50円 (100円) / 回		
個別機能訓練加算(Ⅱ)		56円 (112円) / 回		
認知症加算		60円 (120円) / 回		
中重度者ケア体制加算		45円 (90円) / 回		
時間延長サービス体制加算(1時間)		50円 (100円) / 回		
		(2時間) 100円 (200円) / 回		
		(3時間) 150円 (300円) / 回		
		(4時間) 200円 (400円) / 回		
		(5時間) 250円 (500円) / 回		
介護職員処遇改善加算Ⅰ		(基本料金+加算料金) × 4.0%		
送迎が実施されない場合の減算		片道 -47円 (-94円) / 往復 -94円 (188円)		

◇ 要支援の場合 <介護保険負担割合証が1割の方の料金 (2割の方の料金)>

基本料金	介護度	1ヵ月分利用料 (利用回数に関係なく一律料金です。)
	要支援 1	1,647円 (3,294円)
	要支援 2	3,377円 (6,754円)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ		要支援1 … 72円 (144円) / 月 要支援2 … 144円 (288円) / 月
運動器機能向上加算		225円 (450円)
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		(基本料金+加算料金) × 4.0%

## 6 その他の費用について

食事	朝食 (食材料費+調理費)	310円
	昼食 (食材料費+調理費)	750円
	夕食 (食材料費+調理費)	700円
事務手数料	内訳 (銀行手数料・保険請求手数料・通信費)	月 100円
再発行手数料	領収書等の再発行を希望された場合	件 100円
教養娯楽費	レクリエーション参加費	実費
外出行事費	外出行事に参加された場合	80円
おむつ代	尿取りパット / フラット紙オムツ	50円
	テープ付紙オムツ / リハビリパンツ	100円
処置消耗品代	ガーゼ / 消毒用ネット / 包帯	70円
創傷用テープ代	創傷の手当てに使用するドレッシング材	100円
歯ブラシ代	昼食後の口腔ケア用に必要な場合	100円
洗濯代	衣類の洗濯・乾燥を要する場合	100円

※経管栄養食などを持参される方につきましては、食事料金は必要ありません。利用中に食べたくない等本人の意思や、予定外の都合によって食事時間前に帰宅される場合などは、食事料金が必要となります。

※教養娯楽費ではレクリエーションに要した費用を実費請求いたします。ただし、200円を超える場合は利用者またはその家族に対して同意書にて同意を得ます。

## 7 キャンセル料について

都合により利用をキャンセルする場合、キャンセルの通知時間によりキャンセル料を請求させていただきます。

当日の午前8時30分までにご連絡いただいた場合	キャンセル料は不要です
当日の午前8時30分までにご連絡がなかった場合	1日の自己負担額 100%

※利用者の状態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合、キャンセル料は請求いたしません。

## 8 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

① 利用料、その他の費用の請求	利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。また、請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日までに、利用者宛てにお届けします。
② 利用料、その他の費用の支払い	原則として利用月の翌月末までに下記の方法によりお支払い下さい。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者指定口座からの自動振替(通常はこちら)</li> <li>・ 現金支払い(口座振替手続前等やむを得ない場合)</li> </ul>

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</li> <li>・ この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</li> </ul>
② 個人情報の保護について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業者は、個人情報の保護に十分な配慮をいたしますが、利用目的の向上のため、利用者及び利用者家族の必要最小限の個人情報について、サービス担当者会議等において使用すること、また利用及び心身状況について、他の居宅介護支援事業者及び医療機関等に、適切な介護や診療を受ける為に、利用者又は利用者の家族の個人情報を提供することに同意をお願い致します。</li> <li>・ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者が責任を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</li> </ul>

## 10 サービス提供に関する相談、苦情について

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

【当事業所相談窓口】	窓口担当 デイサービスセンター 生活相談員 ご利用時間 9:00～17:00 電話 0573-20-0533
------------	---

公的機関においても、次の機関において相談・苦情の申し出ができます。

岐阜県運営適正委員会 (岐阜県社会福祉協議会内)	受付窓口 岐阜市下奈良 2-2-1 岐阜県福祉・農業会館2階 電話番号 058-273-5136 FAX 058-273-5137
恵那市役所市民福祉部 高齢福祉課	受付窓口 恵那市長島町正家1丁目1番1号 恵那市役所 電話番号 0573-26-2111
津川市役所健康福祉部 介護保険室	受付窓口 中津川市かやの木町2番5号 中津川市健康福祉会館 電話番号 0573-66-1111

## 11 緊急時の対応方法について

サービス提供中に心身状態の急変もしくは事故等による緊急の事態が発生した場合、速やかに別紙「緊急時連絡先」にご記入いただいたご連絡先に連絡すると共に、施設の所有する車もしくは救急車による緊急指定病院への搬送を行います。

## 12 事故発生時及び非常災害時の対策

事故発生時の対策	事業者はサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族に連絡を行なうとともに、応急処置や医療機関への搬送等の必要な措置を講じます。
損害賠償	サービスを提供する上で事業者の責に帰すべき事由により利用者に損害を与えた場合には、誠意を持って対応するものとします。また、事業者が加入する「社会福祉施設賠償責任保険」なども適用させていただきます。
非常災害時の対策	別途定める消防計画書により、対応いたします。
平常時の訓練	消防計画にのっとり年2回、避難訓練を行ないます。
防災設備	誘導灯・ガス漏れ報知器・自動火災報知機・スプリンクラー設備あり (定期的に管轄消防署の立ち入り検査を受け、認定を得ています。)

## 13 身体拘束等を行う際の手続き

身体拘束その他利用者の行為を制限する行為は行ないません。ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合にのみ、身体拘束等を行うことに対する同意書をもって対応いたします。

## 14 情報の開示

利用者およびその代理人が記録の閲覧、謄与を求めた場合には、原則としてこれに応じます。ただし、関係人およびその他の者に対しては、利用者又はその代理人の承諾、その他当施設が必要と認められる場合に限り、これに応じます。

## 15 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	平成 年 月 日
-----------------	----------

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	岐阜県恵那市大井町神徳1002-3
	事業所名	デイサービスセンター大井シクラメン
	センター長	井上 克志
	説明者氏名	Ⓔ

上記内容の説明を事業者から受け、内容について同意しました。

利用者	住所	
	氏名	Ⓔ

代理人	住所	
	氏名	Ⓔ