

指定通所介護・指定介護予防通所介護

(デイサービスセンター)

重要事項説明書

目 次

1.	事業者	1
2.	事業所の概要	1
3.	事業目的及び運営方針	2
4.	従業者の配置状況	2
5.	通常の事業の実施地域	2
6.	営業日及び営業時間	3
7.	事業所の提供するサービス内容と利用料金	3
8.	お持ち頂く物	5
9.	ご利用時の留意点	5
10.	苦情・相談受付について	5
11.	事故発生時及び緊急時の対応	6

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------------------------|
| (1) 法人名 | 有限会社 ハーデイズ |
| (2) 法人所在地 | 宮城県仙台市青葉区本町一丁目1番8号
第1日本オフィスビル5F |
| (3) 電話番号 | 022-726-7502 |
| FAX | 022-726-7289 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 小笠原 一雄 |
| (5) 設立年月日 | 平成16年 9月 7日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 介護保険事業者・平成18年10月 1日
岩手 第0370102709号 |
| (2) 事業所の名称 | 愛真館 夢ぷらざ |
| (3) 事業所の所在地 | 岩手県盛岡市繫字塗沢40番4号 愛真館 西館 |
| (4) 電話番号 | 019-689-2200 |
| (5) 管理者氏名 | 広瀬 弘美 |
| (6) 開設年月日 | 平成18年10月 1日 |
| (7) 利用定員 | 32名 |
| (8) 事業指定日 | 平成18年10月 1日 |

3. 事業目的及び運営方針

目的

有限会社ハーデイズが運営する愛真館 夢ぷらざ（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護事業（指定介護予防通所介護事業）（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員および管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員その他の従業者（以下「従業者」という。）が、要介護（要支援）状態にある方（以下「利用者」という。）に対し、適切な指定通所介護（指定介護予防通所介護）を提供することを目的とします。

運営方針

《通所介護事業》

要介護者の自立的生活の助長、社会的孤立の解消、心身機能の維持などを図ると共に、利用者様、及びそのご家族様の心身的、精神的な負担の軽減を図る等生活全般にわたるよう必要な援助を行います。

《介護予防通所介護事業》

要支援者が要介護状態になることを防ぐため、早期から利用者の状態に適した介護予防プランをたて、生活機能の状態を維持するか、あるいは改善するために必要な援助・サービスを行います。

4. 従業者の配置状況

当事業所では、利用者様に対して指定通所介護サービス（指定介護予防通所介護サービス）を提供する従業者として、以下の職種の従業者を配置しています。

職種	配置人数	区分		常勤換算	指定基準	職務の内容
		常勤	非常勤			
管理者	1	1		1	1	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。
生活相談員	1	1		1	1	利用者様の自立生活を支援する為、関係機関などとも連携し、利用者様及びご家族様等に対して相談援助を行います。
看護職員	3	3		1.5	1	利用者様の健康チェック等の健康管理に関する業務を行うとともに、日常生活上の世話をを行います。
介護職員	6	6		6	5	入浴、食事、排泄等の介護及び日常生活上の世話をを行います。
機能訓練指導員	2	2		0.3	1	日常生活の営みに必要な機能の減退を防止する為の訓練を行います。

* 看護職員は機能訓練指導員と兼務

5. 通常の事業の実施地域

盛岡市（玉山区を除く）、雫石町、滝沢市

6. 営業日及び営業時間

営業日

月～土曜日

ただし、祝祭日と以下の場合は休業となります。

- ・ 年末年始（12月31日から1月3日まで）
- ・ 夏期休業（8月13日から8月16日まで）
- ・ 愛真館の休館日

受付時間

月～土曜日 8：30～17：30

サービス提供時間

月～土曜日 10：00～15：30

7. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金

(1) <サービス内容>

・ 迎 え（出発）	8：30	送迎車でご自宅までお迎えに伺います。
・ 健康チェック	到着後	顔色・体温・血圧など、体調の確認をいたします。
・ 入 浴	10：00	身体状況にあわせ、愛真館の温泉でくつろぎながら入浴していただきます。
・ 食 事	12：00	愛真館の板前が作ったお食事をご提供いたします。
・ 休 憩		休憩室でゆっくりお休みいただきます。
・ 機能訓練 ・ レクリエーション	14：00 ～ 15：00	利用者の状況に配慮し体操等を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 レクリエーション（ゲーム・体操・カラオケ・年間行事など）や趣味活動（折り紙・作業・囲碁・将棋など）を通して、楽しみながら機能回復を図ります。
・ 送 り（出発）	15：30	送迎車でご自宅までお送りいたします。
・ 排 泄	随 時	利用者様の状況に応じて、適切な排泄介助を行うとともに排泄自立についても適切な援助を行います。
・ 相談援助	随 時	利用者様とそこご家族様からのサービス上の相談に応じます。

(2) — 1 <指定通所介護サービス利用料金>

① 介護保険一部負担金（サービス提供時間5時間以上7時間未満）

要介護度	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護1	572円
要介護2	676円
要介護3	780円
要介護4	884円
要介護5	988円

②-1 加算利用料

内容	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
サービス提供体制強化加算 I イ	18円
入浴加算	50円

②-2 加算利用料（支給限度額管理の対象外）

内容	介護保険適用時の1カ月あたりの自己負担額
介護職員処遇改善加算（I）	所定単位数（注1）に4.0%を乗じた金額 （小数点以下四捨五入）

注1 所定単位数は、(2)-1 ①介護保険一部負担金に②-1加算利用料を加えた金額
(2)-2 <指定介護予防通所介護サービス利用料金>

① 介護保険一部負担金（サービス提供時間5時間以上7時間未満）

要介護度	介護保険適用時の1ヶ月あたりの自己負担額
要支援1	1,647円
要支援2	3,377円

②-1 加算利用料

内容	介護保険適用時の1ヶ月あたりの自己負担額	
	サービス提供体制強化加算 I イ	要支援1
要支援2		144円

②-2 加算利用料（支給限度額管理の対象外）

内容	介護保険適用時の1カ月あたりの自己負担額
介護職員処遇改善加算（I）	所定単位数（注2）に4.0%を乗じた金額 （小数点以下四捨五入）

注2 所定単位数は、(2)-2 ①介護保険一部負担金に②-1加算利用料を加えた金額
(3) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者様の負担となります。

項目	負担負担額 （税込）	説明
食事代、おやつ代	670円	利用者様に提供する食事とおやつにかかる費用
リハビリパンツ代	110円	
尿とりパット代	55円	ご使用になられた場合
下着類	実費	
衛生品	実費	防水フィルム・絆創膏など
レクリエーション 創作活動 趣味活動	実費	利用者様の希望により、レクリエーションや創作活動・趣味活動に参加していただくことができますが、かかる原材料費はご負担いただきます。
複写物	実費	利用者様の希望により、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
連絡帳ファイル	310円	契約の際、お渡しいたします。尚、破損・紛失による再発行は実費負担となります。

(4) 利用料金のお支払方法

(2) サービス利用料金、及び(3) 介護保険の給付対象とならないサービスの費用は、各月ごとに集計し、翌月20日(指定日が金融機関の休日に当たる場合は直後の営業日)にご指定の口座より自動引落とし、又は現金でご持参いただきます。

(5) 休みの連絡とキャンセル料

① 体調不良や用事等により休まれる場合は、ご利用日前日の17時30分までにご連絡ください。

② 当日キャンセルの場合には、キャンセル料をいただきます。ただし、体調不良などやむを得ない事情がある場合には、8時30分までにご連絡いただければキャンセル料は不要です。

尚、連絡がない場合はキャンセル料の対象となりますのでご了承ください。

キャンセル料は、利用者様の介護保険一部負担金額に対し、次の通りです。

利用日の午前8時30分までに連絡のあった場合・・・無料

利用日の午前8時30分までに連絡のなかった場合・・・契約者負担金の100%

③ 営業時間外の連絡は事業所の留守番電話をご利用ください。

④ 当日10時以降の食事のキャンセルは、実費負担となります。

(体調不良等により早退される場合など)

※ 要支援1・2の利用者様に関しては、月額利用となりますのでキャンセル料は発生いたしません。お休みされる際は忘れずにご連絡ください。

(6) その他

① 風邪等の病気の際はご利用をお休みいただく場合があります。

② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスを中止する事があります。その場合ご家族様等に連絡のうえ適切に対応いたします。利用中に体調が悪くなった場合にも同様です。これらの場合の利用料金につきましては、その利用時間や内容に応じてご負担いただきます。

③ ご利用者様に感染症(インフルエンザ・感染性胃腸炎等)の発症が生じた場合は、他のご利用者様への感染を防止するため、医師の許可がでるまでご利用を控えていただく事があります。

8. お持ち頂く物

・ 入浴道具

(バスタオル、フェイスタオル、必要な方は着替え、汚れた衣服を入れる袋)

・ 飲み薬 (服用の方)

・ 連絡帳ファイル

・ 歯ブラシ(食後に歯磨きをされる方)

・ 上靴 (お預かりする事もできます)

・ リハビリパンツ、尿とりパット等(ご使用の方)

・ 介護保険証 (初回・更新時)

・ 薬の情報・お薬手帳など (初回・変更時)

9. ご利用時の留意点

- (1) 衣類やタオル類等持ち物には、できる限り名前をご記入ください。
尚、こちらで記名させていただく場合もございますのでご了承ください。
- (2) 喫煙は、防火上決められた場所をお願いします。
- (3) 館内の階移動はエレベーターを使用します。危険回避のため移動の際には必ずスタッフと同乗して頂きますようお願いいたします。
- (4) 飲食物の持込みは、ご遠慮くださるようお願いいたします。
糖尿病やその他疾病により、補助食品として必要な方はご相談ください。
- (5) 飲食物や物品のやり取りはトラブルの原因となりますのでご遠慮ください。
当事業所では責任を負いかねます。
- (6) 金銭の持参については、原則、お持ち頂かないようお願いいたします。
万が一紛失された場合は、当事業所では責任を負いかねます。
行事等で必要な場合は、ご案内いたします。
- (7) デイサービスご利用中は、携帯電話の使用をご遠慮下さい。
携帯電話はマナーモードに設定をお願いします。
使用する際は、スタッフに声をかけてください。
- (8) 利用者様の病状の急変等、緊急事態が生じ緊急搬送する場合はスタッフが同行させていただきまます。
搬送により発生する費用を実費ご負担いただく場合がありますのでご了承ください。

10. 苦情・相談受付について

- (1) 当事業所における苦情やご相談受付

○相談受付窓口

苦情解決責任者	管理者	広瀬 弘美
苦情受付担当者	生活相談員	遠藤 孝嗣
	介護主任	倉橋 達也

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：30～16：30

○問い合わせ先 019-689-2200

又、ご意見箱をホールに設置しております。

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

盛岡市役所 介護高齢福祉課	所在地 盛岡市内丸 12-2 電話番号 019-626-7581 受付時間 8：30～17：30（土日、祝祭日を除く）
雫石町役場 福祉課	所在地 雫石町千刈田 5-11 電話番号 019-692-2111 受付時間 8：30～17：15（土日、祝祭日を除く）

滝沢市役所本庁舎 健康福祉部高齢者支援課	所在地 滝沢村鶴飼字中鶴飼 55 電話番号 019-656-6521 受付時間 8:30~17:15 (土日、祝祭日を除く) 8:30~19:00 (水曜日のみ)
岩手県 国民健康保険団体連合会 介護保険課分室	所在地 盛岡市大沢川原三丁目 7-30 電話番号 019-604-6700 受付時間 9:00~12:00、13:00~17:00 (土日、祝祭日、12/29~1/3 は除く)
岩手県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 盛岡市三本柳 8-1-3 電話番号 019-637-8871・9718 受付時間 8:30~17:00 (月~金、祝日・年末年始を除く)

11. 事故発生時及び緊急時の対応

ご利用時に、万一事故が発生した場合及び病状の急変等、緊急事態が生じた場合には、必要な措置を講じ、速やかにご家族、主治医、介護支援事業所、その他関係機関等にご連絡いたします。

また、利用者様に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。

連絡の際に必要となりますので、下記の内容を控えさせていただきます。

尚、連絡先等変更がある場合はご連絡ください。

主治医	病院名 医師名 ()
	連絡先
ご家族様	氏名 (続柄)
	住所 〒
	電話番号 携帯電話
緊急連絡先	氏名 (続柄)
	住所 〒
	電話番号 携帯電話

附則

平成18年10月 1日作成
平成21年10月 1日改訂
平成22年11月 1日改訂
平成23年 9月 1日改訂
平成24年 4月 1日改訂
平成25年 9月 1日改訂
平成26年 4月 1日改訂
平成27年 4月 1日改訂

初回説明事項からの変更

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____