

友愛みなとデイサービス（共生型地域密着型通所介護）

重要事項説明書

当事業者が友愛みなと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
主たる事務所の所在地	静岡県沼津市西島町 8 番 25 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	山田 ユミ

2 事業所の概要

事業所の名称	友愛みなとデイサービス
事業所の所在地	静岡県沼津市千本東町 33
介護保険事業所番号	2271102564
指定年月日	平成 25 年 9 月 15 日
電話番号・FAX	055-955-7717 （電話） 055-928-7775 （FAX）
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）
定員人数	15 名

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		人	常勤	人	非常勤	人
生活相談員兼介護員	介護福祉士	人	常勤	人	非常勤	人
生活相談員兼介護員	実務者研修	人	常勤	人	非常勤	人
介護員	初任者研修	人	常勤	人	非常勤	人
介護員	その他	人	常勤	人	非常勤	人
機能訓練指導員	看護師	人	常勤	人	非常勤	人

4 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。）が設置する友愛みなとデイサービス（以下「事業所」とします。）が行う指定共生型地域密着型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。

5 運営方針

運営方針は、次のとおりです。

- (1) 指定共生型地域密着型通所介護は、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共生型地域密着型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) 指定共生型地域密着型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) 指定共生型地域密着型通所介護の提供に当たる従業者は、指定地域密着型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) 指定共生型地域密着型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) 指定共生型地域密着型通所介護は、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。

6 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（介護職員兼務）

生活相談員は、生活指導その他の指定地域密着型通所介護の提供に当たります。

(3) 介護職員（生活相談員兼務、常勤兼務）

介護職員は、介護その他の指定地域密着型通所介護の提供に当たります。

(4) 看護職員 1名以上（機能訓練指導員と兼務）

看護職員は、看護その他の指定共生型通所介護の提供に当たる

7 営業日	月曜日～日曜日
休業日	12/31～1/3
サービスの提供時間	AM9:00～PM4:00
営業時間	AM8:00～PM5:00

8 指定通所介護の内容

事業所が行う指定通所介護の内容は、次のとおりです。

- (1) 生活指導
- (2) 機能訓練
- (3) 介護サービス
- (4) 介護方法の指導
- (5) 健康状態の確認
- (6) 送迎
- (7) 給食サービス
- (8) 入浴サービス
- (9) レクリエーション等

9 利用料その他の費用の額

指定共生型地域密着型通所介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、負担割合証記載の額とします。

(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円乗じた金額の負担割合証に記載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) 処遇改善加算 1月あたりの総利用単位数に乘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	657	776	896	1013	1134
	利用料(10 割分)	6570	7760	8960	10130	6930
	自己負担額	① 657	① 776	① 896	① 1013	①1134
	①1 割分 ②2 割分 ③3割分	② 1314 ③ 1971	② 1552 ③ 2328	② 1792 ③ 2688	② 2026 ③ 3039	②2268 ③3402
所要時間 6～ 7 時間未満	単位	678	801	925	1049	1172
	利用料(10 割分)	6780	8010	9250	10490	11720
	自己負担額	① 678	①801	①925	①1049	①1172
	①1 割分 ②2 割分 ③3割分	② 1356 ③ 2034	②1602 ③2403	②1850 ③2775	②2098 ③3147	②2344 ③3516
所要時間 7～ 8 時間未満	単位	753	890	1032	1172	1312
	利用料(10 割分)	7530	8900	10320	11720	13120
	自己負担額	①753	①890	①1032	①1172	①1312
	①1 割分 ②2 割分 ③3割分	②1506 ③2259	②1780 ③2670	②2064 ③3096	②2344 ③3516	②2624 ③3936

入浴介助加 算	単位	40
	利用料(10 割分)	400
	自己負担額 ①1 割分 ②2 割分 ③3割分	①40 ②80 ③120
機能訓練加 算	単位	56
	利用料(10 割分)	560
	自己負担額	①56 ②112 ③168

	①1 割分 ②2 割分 ③3割分	
--	---------------------	--

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

- 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 00 分～午後 8 時 00 分）に於いては介護度に関係なく 1 時間 2200 円とします。

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 5～9 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	¥2,250 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 休業日 (1 時間)	¥2,200 円	¥800 円	¥550 円	
----------------------	----------	--------	--------	--

- ・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、そのサービスの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。

10 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	

11 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。

12 苦情処理

利用者は、事業所の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。利用者は、事業所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 三浦 貴弘

電話番号 055-955-7717 FAX 055-928-7775

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

外部 第三者委員は設けておりません

福祉サービス第三者評価事業は設けておりません

13 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、利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を取る等必要な措置を講じます。

14 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。

15 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）	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 12390-44841571	口座番号 4484157
口座名義	トクテイヒエイリカツドウホウジン 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ツドウホウジン 特定非営利活動法人 ユウアイホーム 友愛ホーム
リジ 理事	山田 ユミ

16 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労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。

17 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。

18. 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。

19. ハラスメント対策

(1) 適切なサービスの提供を苦補する観点から、職場において利用者や従業員から行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えないものにより、従業員の環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

(2) 顧客から従業員への威圧的・暴力的言動や悪質なクレーム等の迷惑行為などに対し、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

(事業所)

友愛みなと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 友愛みなとデイサービス

所在地 〒410-0846 静岡県沼津市千本東町 33
TEL 055-955-7717

説明者

(利用者)

この説明書により、友愛みなと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 _____

(代理人)

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____

(続柄)