

デ イ サ ー ビ ス あ お ぞ ら

認知症対応型 通所介護 ・ 介護予防認知症対応型 通所介護

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業者

事業者名	株式会社 あおぞら福祉会		
代表者名	代表取締役 山本 登志之		
所在地	長崎県島原市下折橋町3433番地1		
電話・FAX	電話 0957-65-0381	FAX 0957-65-0382	

2. 事業所の概要

事業所名	デイサービスあおぞら		
所在地	長崎県島原市六ツ木町甲 807 番地 1		
管理者	山本 登志之		
開設年月日	平成21年 8月 1日	介護保険指定番号	4290300062
電話・FAX	電話 0957-65-0381	FAX 0957-65-0382	
サービス提供地域	島原市		
利用定員	3名		
事業の目的	本事業は、認知症を有し、要支援・要介護状態等となった利用者に対して、必要な日常生活上の世話及び心身の機能訓練を行う。グループホーム利用者とスペースを共用し、家庭的な雰囲気のもと、安心と尊厳のある生活を送れるよう、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。また、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。		
運営方針	① 運営にあたっては、介護保険法並びに関係法令の趣旨及び内容に沿ったものとする。 ② 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。 ③ 利用者の日常生活全般の状況及びその希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画に沿って、適切なサービスを提供する。 ④ 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明し、同意を得る。 ⑤ 適切な介護技術をもってサービスを提供する。 ⑥ 提供したサービスの質の評価を行い、常にその改善に努める。		

3. 事業所の職員体制

職 種		業 務 内 容
管 理 者	1名（常勤で兼務）	運営目的及び方針を達成するため、従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、必要な指揮命令を行う
介護職員	8名以上（常勤・非常勤）	利用者の心身の状況を的確に把握し、日常生活上の介護、その他必要な業務を行う。
介護職員	1名（常勤）	利用者の心身の状況を的確に把握し、日常生活上の介護、健康管理、その他必要な業務を行う。

4. 営業時間

営業日	月曜日 ～ 日曜日（年中無休）	営業時間	8時30分～18時00分
サービス提供時間	9時00分～16時30分	延長サービス 可能時間帯	7時00分～9時00分 17時00分～18時00分まで

5. 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず、全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

6. サービス内容

介護支援専門員が作成した「居宅介護サービス計画」に基づき、食事の提供、入浴介助、機能訓練、送迎サービス、その他必要と認められるものを、利用者の希望に沿って行います。また、生活指導や介護に関する相談にも応じます。

7. 利用料金

◎介護保険適用時の1日あたりの自己負担額（介護報酬告示上の一割負担額）

① 基本単価（7時間以上8時間未満の場合）

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
484円	513円	523円	542円	560円	578円	598円

② 入浴 40円

③ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）6単位(円)加算

④ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の 174/1000加算

◎ 自費をいただくもの（介護保険適用外）

① 食材費 450円（おやつ代含む）

※ 朝食及び夕食提供希望の場合は別途350円

② おむつ代

③ 日常生活において通常必要となる費用

◎ 支払い方法

毎月末締めとし、翌月5日までに当月分を請求いたしますので、15日までに指定の方法でお支払いください。

◎ キャンセル料 なし

8. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、お電話などでお問い合わせください。職員がご自宅までお伺いいたします。

※ 居宅介護サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

利用者の申込み ⇒ 被保険者証の確認 ⇒ 重要事項説明書による説明・同意 ⇒ 契約の締結

（2）サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

当事業所のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・利用者が介護保険施設に入所された場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要支援認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・以下の場合、利用者は文書で解約を通知することで、即座にサービス終了することができます
 - （１）当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - （２）守秘義務に反した場合
 - （３）利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - （４）当社が破産した場合
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを２ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず１０日以内に支払わない場合、または利用者や家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に終了させていただく場合がございます。
- ・風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて、無理な利用はお断りする場合がございます。
- ・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスを変更または中止することがあります。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合にご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

９．サービス内容に関する苦情相談

苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

利用者及び家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために苦情相談窓口を設置し、苦情を受け付けた場合には、所定用紙に内容等記録します。

（苦情相談窓口）

苦情相談解決責任者	管 理 者 山本 登志之	０９５７－６５－０８３１
苦情受付担当者	事 務 長 江島 由里子	０９５７－６５－０８３１
関係機関	島原地域広域圏組合 介護保険課	０９５７－６１－９１０１
	島原市役所	０９５７－６３－１１１１
	長崎県国民保険団体連合会	０９５－８２６－００１５

１０．サービスにあったっての留意事項

- （１）サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票をご提示ください。
- （２）施設内の設備や備品は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

- (3) 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (4) 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- (5) 施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- (6) 施設内へのペットの持ち込みはお断りいたします。

1 1. 緊急時の対応方法

サービス提供時に、病状の悪化などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、居宅介護支援事業者等へ連絡します

主治医	病院名	
	所在地	
	担当医師名	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	
	住所	
	電話番号	
	携帯番号	

1 2. 非常災害対策

事業実施中に災害が発生した場合は、直ちに事業を中止し、利用者の非難誘導等安全防護対策を講じます。

1 3. 損害賠償

当事業所の責めに帰すべき事由によって損害が発生した場合は、速やかに損害を賠償します。（福祉施設総合保険加入済み あいおい損保）

1 4. 秘密保持

従業者は業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持します。また、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨の徹底を図ります。

1 5. 個人情報使用の同意

事業者は、利用者及びその家族等の個人情報の取り扱いに注意し、流出することがないよう保管・管理に留意します。ただし、サービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合、個人情報を使用することを、本書面をもって同意とみなします。

また、事業所で作成し保存している利用者の個人情報・記録については、利用者及び代理人はいつでも閲覧できます。また、実費にて複写することもできます。

1 6. 重要事項の説明確認

重要事項説明書を交付し、説明したことを確認するために、利用者及び利用者代理人（代理人を選定している場合のみ）もしくは立会人（家族等が契約に立ち会う場合）に署名・

捺印していただきます。

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる場合には、書類を交付して口頭説明、もしくは郵送にて通知いたしますので、ご了承ください。

上記の重要事項をご理解いただいた事を証するため、本書二通を作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、一通ずつ保有するものとします。

私は、本書面に基づいて下記説明者から重要事項の説明を受け、その内容に同意しました。

令和 年 月 日

(利 用 者) 住 所

氏 名

印

(署名代行者) 私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

住 所

氏 名

印

(続 柄)

(身元引受人) 住 所

氏 名

印

(続 柄)

(事 業 者)

長崎県島原市下折橋町3433番地1

株式会社 あおぞら福祉会

代表取締役 山 本 登 志 之

㊞

(事 業 所)

長崎県島原市六ツ木町807番地1

デイサービスあおぞら (指定番号 4290300062)

説 明 者 山 本 登 志 之

㊞