

## デイホーム あゆみ

### 指定地域密着型通所介護重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

#### 1. 事業者

法人名 合同会社 あゆみの森

法人所在地 鹿沼市上殿町721-1

電話番号 0289-60-2717

代表者氏名 代表社員 北條 豊

#### 2. 事業所の概要

事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所

平成20年 8 月 1 日指定 栃木県0970500773号

事業所の目的 指定地域密着型通所介護事業サービス・指定介護予防通所介護事業サービスを提供する事業所

事業所の名称 デイホーム あゆみ

事業所の所在地 鹿沼市上殿町721-1

電話番号 0289-60-2717

管理者 杉江 純子

#### 当事業所の運営方針

『利用者の方々が住み慣れた地域で、その人らしく生き生きと過ごせるように援助させていただく。』これが、私たちの基本理念です。

高齢になっても、どんな障害を持っても、自らのライフスタイルやこだわりを大切に生きていきたい。いつまでも役割を持ち、社会の一員であり続けたい。このような人として当然の願いを持って、在宅生活を続けていけるよう、お役に立ちたい。そして、単にスタッフが利用者のお世話をする場ではなく、地域で互いに支えあい元気を与え合っていける、そんな地域の拠点でありたいと考えています。

開設年月 平成20年8月1日

定員 10名

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業実施地域 鹿沼市全域

(2) 営業日及び営業時間

一 営業日 毎週月曜日から土曜日

ただし年末年始(12月31日～1月3日まで・8月14日～8月15日)は休業する

二 営業時間 午前8時30分から午後5時30分までとする

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職種	人数	常勤	非常勤	備考
管理者	1	1		生活相談員兼務
生活相談員	2	2		管理者兼務1
介護職員	3	1	2	
看護職員	1	1		
機能訓練指導員	1		1	作業療法士1

### 5. 当事業所が提供するサービス

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、通常9割または8割が介護保険から給付されます。

①入浴

・ 入浴又は清拭を行います。

②排泄

・ ご契約者の排せつの介助を行います。

③送迎サービス

・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

## 6. サービス利用料金

当事業所は7時間以上8時間未満の時間を基本とさせていただきます

### 地域密着型通所介護

#### ① 基本料金

#### <地域密着型通所介護 所要時間7時間以上8時間未満>

(1日につき)単位

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	753	890	1032	1172	1312
2割負担	1506	1780	2064	2344	2624
3割負担	2259	2670	3096	3516	3936

#### <地域密着型通所介護 所要時間6時間以上7時間未満>

(1日につき)単位

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	678	801	925	1049	1172
2割負担	1356	1602	1850	2098	2344
3割負担	2034	2403	2775	3147	3516

#### <地域密着型通所介護 所要時間5時間以上6時間未満>

(1日につき)単位

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	657	776	896	1013	1134
2割負担	1314	1552	1792	2026	2268
3割負担	1971	2328	2688	3039	3402

#### <地域密着型通所介護 所要時間4時間以上5時間未満>

(1日につき)単位

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	436	501	566	629	695
2割負担	872	1002	1132	1258	1390
3割負担	1308	1503	1698	1887	2085

<地域密着型通所介護 所要時間3時間以上4時間未満>

(1日につき)単位

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	416	478	540	600	663
2割負担	832	956	1080	1200	1326
3割負担	1248	1434	1620	1800	1989

② 入浴介助を行った場合

1日につき 40単位

③ 介護職員処遇改善加算Ⅰ

上記加算合計の5.9%となります。

特定処遇改善加算Ⅱ

上記合計の1.0%となります

④ サービス提供体制加算Ⅲ

1日 6単位

⑤ 地域区分7級地・1単位10,14円となります。

⑥ 介護職員等ベースアップ等支援加算

上記加算合計の1.1%となります。

<その他の利用料金>

- ・ 食事の提供に要する費用

1食あたり 700円

- ・ 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合についても費用はいただきません。

- ・ その他

レクリエーションにかかる費用などは実費負担となります。

## 7・苦情の受付について

提供したサービスに関する契約者又は利用者からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

[デイサービス] 管理者 杉江 純子

電話番号0289-60-2717 F A X0289-60-2718

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分から午後5時30分まで

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿沼市介護保険課	鹿沼市今宮町1688-1 0289-63-2283
栃木県国民健康保険 団体連合会	宇都宮市本町12-11 028-643-5411

原則として身体的拘束その他入所者（入院患者）の行動を制限する行為を行いません。緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合は、できる限り事前に本人（本人が判断できる状態にないと考えられる場合は家族等）の了解を得るものとします。

## 8. 事故発生時の対応について

(1) 事故発生時

①利用者への対応

・利用者が事故により、身体に障害を発生している場合、治療・生命維持のための可能な限りの応急処置をとります。

②利用者の家族への連絡

・説明は責任者が行い、すみやかに事実を伝えます。

③事故状況の把握

・事故の正確な把握をし、概要を出来るだけ迅速に、事故報告に記載します。

・報告書は簡潔かつ要点をまとめて記載し報告します。

④関係各機関への届け出報告

・事故の程度・状況に応じて関係機関へ報告します。

(2) 解決へ向けて

①利用者家族への対応

・施設として、事故原因等を調査し明確にした上で、適切な対応を図ります。

令和 年 月 日

指定地域密着型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 鹿沼市上殿町721-1

名称 デイホーム あゆみ

管理者 杉江 純子 印

説明者 所属 デイホーム あゆみ

氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意し、この交付を受けました。

(御利用者様)

住所

氏名 印

(代理人)

住所

氏名 印 (続柄 )