

地域密着型通所介護重要事項説明書

1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電 話 042-355-8535（午前8時30分～午後5時30分まで）
担 当 菊池 小百合

2 デイサービスセンター諏訪の概要

(1) 送迎できる範囲

事業所名	デイサービスセンター諏訪
所在地	東京都多摩市諏訪5-9-5 森建物1階
介護保険指定番号	通所介護（東京都号）1375000948
サービスを提供する地域＊	多摩市

(2) 職員の体制

管理者	常勤 1名（デイサービスセンター聖蹟桜ヶ丘管理者兼務）
生活相談員	常勤 1名（介護職員兼務）非常勤 3名（介護職員兼務）
介護職員	常勤 1名 非常勤 4名
看護職員	非常勤 1名（機能訓練指導員兼務）
機能訓練指導員	非常勤 1名

(3) センターの設備等

定 員	月～金10名／土10名	静 養 ベッド	2 台
食堂兼機能訓練室	1 室 54.7 m ²	相 談 室	1
浴 室	一般浴とリフト浴があります。	送 迎 車	2 台

(4) 営業時間

平日・土曜・祝日	午前8時30分～午後5時30分
----------	-----------------

(5) 電話連絡受付

平日・土曜・祝日	午前8時30分～午後5時30分
----------	-----------------

3 提供するサービス内容

(1) 身体介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供する
排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体介護

(2) 入浴に関すること

家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する
類着脱の介護、身体の清拭、整髪、洗身、その他必要な入浴の介助

(3) 食事に関すること

給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供する
食事の準備、配膳下膳の介助、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助

(4) 機能訓練に関すること

体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行う

(5) 送迎に関すること

送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを提供する。

(5) 相談・助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談および助言を行う

4 料金

- (1) 保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として【基本料金表】(別紙料金表参照)の1割負担から3割負担です。(実際の請求額とは計算上、若干の誤差が生じることがあります)。ただし、保険給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

(2) キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合	当該基本料金の 50%
③ ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の 100%

お客様のご都合でサービスを中止する場合、食事サービスをご利用の方は下記のキャンセル料がかかります。

食事代 : ご利用前日の17時30分までにご連絡いただいた場合	無料
: ご利用前日の17時30分以降にご連絡いただいた場合	700円

※ 月曜日の場合、ご利用前日は土曜日となります。

5 健康上の理由による中止

- (1) 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、対応します。
- (3) 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、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

6 相談、要望、苦情等の窓口

地域密着型通所介護に関する相談、要望、苦情等は担当者か下記窓口までお申し出下さい。

ご利用者ご相談窓口 佐藤 健一	ご利用時間	平日	9:00～17:00
	ご利用方法	電話	042-371-4746
		面接	多摩市落合3-9-1 1F
多摩市 介護保険課	ご利用時間	平日	8:30～17:00
	ご利用方法	電話	042-338-6901
東京都国民健康保険団体連合会	ご利用時間	平日	9:00～17:00
	ご利用方法	電話	03-6238-0177

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。サービスの提供の依頼を受けた後契約を結び地域密着型通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画(ケアプラン)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。

(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

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。なお、文書は当方で用意しておりますので、必要なときはお申しつけください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等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カ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、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設等に入所した場合
- ・ お客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

8 当センターの地域密着型通所介護サービスの特徴等

(1) 事業所の地域密着型通所介護は、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、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、さらに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家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

(2) 事業の実施にあたっては、市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

事 項	有 無	備 考
土曜の実施の有無	有	日曜日は休み
時間延長実施の有無	無	
従業員への研修の実施状況	有	研修計画に基づいて実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
送迎の有無	有	
第三者評価の実施の有無	無	※有の場合
		実施した直近の年月日： 年 月 日
		実施した評価機関の名称：
		評価結果の開示状況：

9 運営推進会議の設置

利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市職員又は地域包括支援センター職員、地域密着型通所介護に知見を有する者等による運営推進会議を設置し、おおむね6ヶ月に1回以上開催いたします。

10 虐待の防止のための取組について

(1) 虐待防止に関する責任者は、以下の者を選定しています。

(虐待防止に関する責任者)	佐藤 健一
---------------	-------

(2) 虐待の防止のための指針を整備するとともに、虐待の防止のための対策を行う検討委員会、従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的で開催しています。

(3) 虐待等に関する利用者及びその家族からの虐待等に関する相談を対応するとともに、虐待等が明らかになった場合は速やかに市町村の窓口に通報します。

1 1 緊急時の対応

緊急連絡先		
ご家族	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	続 柄	
主治医	病院または診療所	
	医 師 名	
	住 所	
	電話番号	

12 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、通所介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
- ① 医療行為及び医療補助行為（看護師を除く）
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
 - ③ 他の家族の方に対するサービスの提供 など
- (2) 通所介護員等に対し、贈り物（金銭等含み）や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡ください。

13 当社の概要

名称・法人種別	株式会社シルバーアシスト		
代表者役職・氏名	代 表 取 締 役	柳 澤	美穂
所在地・電話番号	東京都多摩市落合 3 - 9 - 1	1 階	042-371-4746
事業内容	居宅介護支援・訪問看護・訪問介護・福祉用具貸与・販売・総合支援法居宅介護		

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 東京都多摩市諏訪 5-9-5 森建物 1 階
名称 デイサービスセンター諏訪
説明者 所属 地域密着型通所介護事業
氏名 菊池 小百合

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名

代筆者（本人に代わり代筆する場合）

住所

氏名

本人との関係