

世良田デイサービスセンター 重要事項説明書 日常生活支援総合事業第一号通所介護事業

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0276-60-7330 (8:30~17:30)
F ax 0276-60-7332
担当 管理者：福島 徹也

*ご不明な点やご相談など、お気軽にご連絡下さい。

2. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 明光会
事業者の所在地	〒370-0411 群馬県太田市亀岡町280
法人種別	社会福祉法人
代表者名	大澤 正明
電話番号	0276-52-5002
設立年月日	平成2年9月14日

3. 事業所

事業所の名称	世良田デイサービスセンター	
事業所の所在地	〒370-0424 群馬県太田市出塚町462-1	
管理者名	福島 徹也	
群馬県知事の 事業者指定	指定年月日	平成22年9月1日
	サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス
	介護保険事業者番号	群馬県 1070501935 号
電話番号	0276-60-7330	
FAX番号	0276-60-7332	
開所年月日	平成22年9月1日	
利用定員	30人	

4. 事業の目的と運営の方針

< 事業の目的 >

- ①ご家庭におられる要支援状態にある高齢者の方々を対象に、必要な日常生活のお世話及び機能訓練を行うことにより、心身機能の維持・向上、社会的孤独感の解消を図ります。
- ②介護者であるご家族様の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

< 運営の方針 >

- ①ご利用者様の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活が送れるよう援助します。
- ②ご利用者様の意思及び人格を尊重し、常にご利用者様の立場に立ったサービスをご提供できるよう心掛けます。
- ③ご利用者様の日々の身体的、精神的な変化に注意し、健康で安全にお過ごし頂けるよう留意します。
- ④ご利用者様が家庭に戻ることを踏まえ、ご家族様及び関係従事者との連絡を密にし、些細なことでもご相談の上決定することに努めます。
- ⑤ご利用者様・ご家族様が気軽にご相談などできるよう、日頃より誠意ある、臨機応変な対応を念頭に置きます。

5. 職員体制

職員の職種	員数	区 分				職務内容	保有資格
		常 勤		非 常 勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		○			従業者・業務の管理	介護福祉士 ぐんま認定介護福祉士
生活相談員	2	1	1			ご利用者様の調整・相談他	社会福祉主事任用資格 介護福祉士
看護職員	2		1		1	ご利用者様の健康管理 リハビリ指導	正看護師 1名 准看護師 1名
介護職員	4	1	1	2		ご利用者様への 介護サービス提供	介護福祉士 3名
機能訓練指導員	2		1		1	機能回復訓練指導	正看護師 1名 准看護師 1名

6. 営業日、営業時間

営業		1/1・1/2 を除く 午前8時30分～午後5時30分まで
サービス提供	月曜日～土曜日営業 (祝日も営業致します)	午前9時30分～午後4時30分まで (送迎時間をのぞく) ご相談により短縮、延長も可能です。 (基本、朝は8:00より帰りは17:30まで) ※送迎は定時のみ行い、延長の場合などは家族送迎でお願い致します。

7. サービス内容

	種 類	内 容
共通のサービス	生活相談	ご利用者様の生活全般に関する相談援助等を行います。
	機能訓練	日常動作などを通して、あるいは、看護師の指示を受けながら専門な機能回復の訓練を行います。
	介護サービス	自立を援助しながら必要な介護を行ないます。
	介護方法の指導	ご家族様等介護者に、ご家庭における介護の方法をお教えします。
	健康状態の確認	毎朝、体温・血圧・脈を測るとともに、常に体調の変化に留意します。
	口腔衛生管理	義歯使用の方には義歯洗浄を、歯の残っている方には歯磨きをお手伝いします。
	その他	ご利用者様お一人お一人に必要と思われるサービスをご相談の上行ないます。
選択のサービス	送迎	ご利用者様・介護者の事情により、ベッドまでの送迎も致します。順番により、毎回時刻が異なることもございますがご了承願います。
	入浴	ご利用者様の身体の状態等に合わせて、見守りや介助を行う一般浴と、車椅子のまま入れる機械浴とがご利用できます。また、体調不良等で入浴を中止し、清拭を必要とするときは、こちらの判断で変更させていただきます。
	食事	栄養士が毎日、栄養バランスの良い献立を作っております。季節を考慮し、誕生日や選択食など、行事食も充実しています。

8. サービス利用料金

各介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた額(介護保険負担割合証に応じた額)が自己負担額となります。

基本単位、加算

一ヵ月あたり

※太田市は地域区分として1単位の単価が10.14円となります。

介護度	基本単位数	サービス提供体制強化加算(I)
事業対象者・要支援1	1,798単位	88単位
事業対象者・要支援2	3,621単位	176単位

減算

送迎減算(片道)	47単位減
----------	-------

その他に、1ヶ月のご利用単位数の合計に介護職員等遇改善加算 I (9.2%) が乗じ加算されます。

* 介護保険給付外の諸料金

ご利用者全員共通

食費	700円(おやつ代を含む)
----	---------------

サービス提供時間内での食事のキャンセル(食欲不振・体調不良等による)の際は料金を頂く場合があります。

各該当ご利用者

理髪代	1500円
行事・レク等実費負担	随時ご連絡します
おやつ	80円(昼食なしの場合)
おむつ	各自でご用意いただきます
バスタオル・あかすりタオル	各自でご用意いただきます
付添者(食費・施設利用費等)	700円

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額を変更することもあります。その際には前もってご連絡致します。

* 料金の支払方法

原則として毎回の実績による金額を、一ヶ月分まとめて翌月に請求致します。

支払い方法	1. 群馬銀行の自動引き落とし(手数料はご利用者負担となります。) 2. 口座への振込(振込み手数料は差し引かず、ご入金下さい。) 3. 現金(ご利用の際お持ち頂くか、窓口へ届けて下さい。)
-------	---

連絡ファイルに添付の明細表に、サービス終了時、毎日(毎回)実際に行ったサービスをこちらで記載致しますので、必ずご確認をお願い致します。

万一、こちらの記載に誤りがあった場合(ご利用中止・入浴中止等)には、お早めにご連絡下さい。月を跨いだご申告には、受けられない場合もございますので、ご注意ください。

事業者は、ご利用者へのサービス提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項のご説明を行いました。

世良田デイサービスセンター
説明者職名 管理者 氏名 福島 徹也 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、介護予防通所介護相当サービスの提供開始に同意し、本書面を受領しました。

年 月 日

利用者 <住所>

<氏名> 印

連帯保証人 <住所>

<氏名> 印 続柄 :

デイサービスご利用中、体調が悪くなったり、万一事故を起こしてしまったりと緊急な場合にご連絡致しますので、必ずどこかにつながるよう、できるだけ3か所ご記入下さい。

また主治医のほうは、緊急時にこちらからご連絡をする場合に、ご希望する病院を、分かる範囲でご記入下さい。

緊急連絡先		氏名	電話番号	続柄	備考
	1				
	2				
	3				

主治医	病院・診療名	
	かかっている科	
	担当医師	
	電話番号	

※緊急連絡先、主治医に変更があった場合は、必ずご連絡下さい。