

デイサービス縁楽 森

地域密着型通所介護重要事項説明書

令和8年1月1日現在

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 052-444-0654 (受付時間 午前8時30分～午後5時30分)

担当：石村 智子 ※ご不明な点はどのようなことでもお尋ねください。

2. デイサービス縁楽 森の概要

(1) 指定地域密着型通所介護事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイサービス縁楽森
所在地	〒490-1107 愛知県あま市森3丁目9番5号
介護保険指定番号	2377601014
サービスを提供する地域	あま市

(2) 同事業所の職員体制

職種	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	看護師	1※		基本管理	1名
生活相談員	介護福祉士	2※	2※	計画書作成等	5名
	介護支援専門員	1※			
介護職員	介護福祉士	2※	3※	介護業務全般	8名
	介護支援専門員		1		
	初任者研修		1		
看護職員	看護師	1※		健康管理	1名
機能訓練指導員	看護師	1※		個別機能訓練	1名
運転職員	職員	4※	4※	送迎車運転	8名

※兼務者

(業務内容について)

- ① 管理者は、当事業所の従業者及び業務の管理を行う者とし、事業の人員・設備及び運営に関する必要な指揮命令を行います。また、ご利用者様及びその家族からの相談・苦情に対応し、より快適な地域密着型通所介護サービスを提供できるように努めます。
- ② 生活相談員は、ご利用者様及びその家族から地域密着型通所介護サービスに関する内容等の相談に対応し、より快適なサービスが提供出来るように努め、サービスの質の改善・向上を目指します。
- ③ 機能訓練指導員は、個別に必要な身体機能向上又は維持が可能な訓練内容の実施及び指導を行います。
- ④ 介護職員は、入浴・食事・排泄・レクリエーション等の利用者への介護支援を行います。
- ⑤ 看護職員は、定期的な健康チェックを実施し、健康管理を行う。また、医療処置及び職員への相談・助言を行う。

3. サービスの内容

(1) バイタルチェック

体温、脈、血圧、顔色、目の輝き等の問診をリラックスした雰囲気の中で行います。

(2) 入浴介助

バイタルチェック後、入浴を希望された方の中で、入浴可能と判断された方に対し行います。洗体・洗髪の支援及び全身状態の観察をいたします。

(3) 排泄

入浴や食事前後等にトイレ誘導や適宜の対応、オムツ介助などプライバシーを重視し、介助いたします。

(4) 食事介助

当事業所で安全と健康に十分留意した食事を提供し、摂取困難な方の援助をいたします。

(5) レクリエーション・クラブ活動

豊富なメニューにて、楽しくデイサービスでの1日を過ごしていただきます。

(6) 送迎

利用者の自宅から当事業所まで送迎いたします。

(7) その他

介護相談…利用者や家族の介護に関する困り事や心配事などについて相談をお受けいたします。

(8) サービスの提供時間

月曜日～土曜日 午前9時20分～午後4時30分

(9) 時間延長サービス

午前8時から午前9時20分及び午後4時30分から午後6時30分までとする。

4. 料金

※介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に乗じた額の支払いを受けるものとする。 《デイサービス基本料金+加算料金》

地域密着型通所介護 基本料金		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位		753	890	1032	1172	1312
地域単価6級地		10.27円				
1日(7~8時間) (小数点切上げ)	1割負担	774円	914円	1,060円	1,204円	1,348円
	2割負担	1,547円	1,828円	2,120円	2,408円	2,695円
	3割負担	2,320円	2,742円	3,180円	3,611円	4,043円
延長(9~10時間) +50単位	1割負担	$50 \times 10.27 = 513 \text{円} \times 0.1 = \underline{52 \text{円}}$				
	2割負担	$50 \times 10.27 = 513 \text{円} \times 0.2 = \underline{103 \text{円}}$				
	3割負担	$50 \times 10.27 = 513 \text{円} \times 0.3 = \underline{154 \text{円}}$				
延長(10~11時間) +100単位	1割負担	$100 \times 10.27 = 1,027 \text{円} \times 0.1 = \underline{103 \text{円}}$				
	2割負担	$100 \times 10.27 = 1,027 \text{円} \times 0.2 = \underline{206 \text{円}}$				
	3割負担	$100 \times 10.27 = 1,027 \text{円} \times 0.3 = \underline{309 \text{円}}$				
入浴加算(1) 40単位	1割負担	$40 \times 10.27 = 410 \text{円} \times 0.1 = \underline{41 \text{円}}$				
	2割負担	$40 \times 10.27 = 410 \text{円} \times 0.2 = \underline{82 \text{円}}$				
	3割負担	$40 \times 10.27 = 410 \text{円} \times 0.3 = \underline{123 \text{円}}$				

個別機能訓練加（1）イ 56 単位	1 割負担	$56 \times 10.27 = 575 \times 0.1 =$ <u>58 円</u>
	2 割負担	$56 \times 10.27 = 575 \times 0.2 =$ <u>115 円</u>
	3 割負担	$56 \times 10.27 = 575 \times 0.3 =$ <u>173 円</u>
介護職員処遇改善加算 1	上記の介護報酬総単位数 $\times 9.0\%$ （四捨五入） $\times 10.27$	
サービス提供体制強化加算 II	1 8 単位/利用回数 $\times 10.27$	

※入浴介助加算は利用のない場合は加算されません。安静を要する場合、入浴をお断りする事があります
 ※地域区分とは、地域間における人件費の差を勘案して地域間の介護保険費用の配分方法を調整するために設けられた区分です。

《自費加算料金》

地域外送迎	実費 ※1	地域境界より 5 km まで片道 200 円、5 km を超え 2 km 毎に片道 100 円の加算
昼食材料費	700 円	おやつは別途 150 円をいただきます
レクリエーション・創作費等	150 円	材料費/月 1 回をいただきます

※1 原則、地域のみの送迎とする

《オムツ料金》

紙おむつ（1 枚）120 円、紙パンツ（1 枚）100 円、パット類（1 枚）50 円

※持参いただければおむつ代はかかりません

《ご利用できない方》

1. 疾病等などで自身や他者に危害を加える方、またその恐れのある方
2. 利用前に感染症などについて、医師の診断結果等が当事業所の利用基準を満たさない方
3. その他、当事業所では対応いたしかねると判断される方

《利用キャンセル及びキャンセル料金について》

利用キャンセルは、早めの連絡をお願い致します。遅くとも利用前日の午後 5 時までには連絡を入れてください。また、当日体調不良等でキャンセルをされる場合は、午前 8 時から 8 時 30 分までに連絡をお願いします。

電話番号 0 5 2 - 4 4 4 - 0 6 5 4

※キャンセル料金 700 円（食事代）

- * 前日の 17 時までには連絡いただければキャンセル料金は発生しません。
- * 入院等止むを得ない事由についてはキャンセル料金の発生はありません。

《料金支払方法》

毎月末の清算とし、翌月に前月分の請求がなされます。毎月 20 日にお支払い（指定口座より引落とされます）ください。お支払い（引落とし確認）後、領収書を発行いたします。

※支払方法は、基本的には口座引落しをお願いしております。(手数料は事業所負担となります)
また、利用者のやむを得ない事情にて口座自動引落が難しい場合は、事業所へ現金時参か銀行振込も可能です。(銀行振込の場合は、手数料は利用者負担とさせていただきます)

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用方法

担当ケアマネジャーより連絡をいただくか、若しくは直接利用者・家族よりお申込みください。当事業所の職員が事前面談の段取りをいたします。契約の締結後、サービスの提供を開始いたします。

(2) サービスの終了

①利用側の都合でサービスを終了する旨、申し入れのあった場合(文書等、確認の取れる方法により申し出下されば、いつでも解約できます)。

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頂く場合がございます。

その場合は終了 1 か月前までに文書で通知するとともに、地域の他の通所介護サービス事業者を紹介します。

③自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた契約者の要介護認定区分が要支援若しくは非該当(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など。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

サービスをご利用されるときは、以下の点にご注意ください。

- ①他の利用者に迷惑又は危険を及ぼすような行為はしないでください。
- ②事業所の施設及び設備等は、その本来の用途に従って使用し、故意に破損させたりしないでください。(現状に復するための費用を負担して頂く事があります)
- ③利用者の生命及び身体の安全確保や、利用者に対する適切なサービス実施のために行う事業者及びサービス従業者の指示に従ってください。

(4) 飲食物の持込み禁止

当事業所への飲食物(お菓子、ジュース、酒類等)の持込みは、安全面、衛生面等を考慮し禁止させていただきます。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、救急隊・親族・居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。(予め緊急時の連絡先を定めておきます)

7. 非常災害対策

サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難誘導、救護活動及び火災時には消火活動を迅速に行い、消防署、病院、行政等の関係機関への連絡等、必要な措置を行います。

《当社の地域密着型通所介護サービスの特徴》

1. 運営の目的

地域密着型通所介護サービスは、要介護状態にある利用者に対し、事業者が管理する事業所に通って、その施設で必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の提供をすることを目的とします。

2. 運営の方針

- ①事業所のサービスの提供職員等は要介護者の心身の特徴を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴・排泄・食事等の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。
- ②事業の実施にあたっては関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な提携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

3. 地域密着型通所介護サービス提供方法及び内容

- ①サービスの提供にあたっては居宅サービス計画に基づき、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた個別地域密着型通所介護計画を作成します。
- ②個別地域密着型通所介護計画作成後、計画の実施状況の把握（モニタリング）を行います。
- ③利用者またはその家族に対し、個別地域密着型通所介護計画について、理解しやすいように説明します。また、相談・要望等に対し、迅速に対応いたします。
- ④常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、安全管理体制を確保します

4. その他運営に関する重要事項

- ①利用者及びその家族の求めに応じて、サービス提供記録を開示いたします。
- ②指定地域密着型通所介護事業所はサービス提供職員等の質的向上を図るため、研修の機会を設け業務体制を整備します。
- ③従業員は業務上、知りえた利用者及びその家族の秘密を保持します。
- ④従業員であった者に業務上知りえた利用者及びその家族の秘密を保持すべき旨を従業員との雇用契約の内容に含むものとします。
- ⑤この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は株式会社和心いざなぎと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

5. サービス内容に関する苦情・事故発生時の対応

①当社お客様相談・苦情担当

当社の地域密着型通所介護サービスに関するご相談・苦情は下記までお申し付けください。

相談窓口 管理者 石村智子（月～土、8:30～17:30）

電話番号 052-444-0654 FAX 番号 052-700-6691

※その他関係各市町村に苦情の申し立てをすることができます。

あま市高齢福祉課（介護保険係）

窓口受付（月～金、9:00～16:00） ※土日祝日、12/29～1/3を除く

電話受付（月～金、8:30～17:15）

電話番号 052-444-3141 FAX 番号 052-443-2571

愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室内 苦情相談室

住所 名古屋市東区泉1丁目6番5号 国保会館南館7階

(月～金、9:00～17:00迄 *12:00～13:00を除く) ※土日祝日、12/29～1/3を除く

電話番号 052-971-4165 FAX番号 052-962-8870

送付先 〒461-8532 名古屋市東区泉1丁目6番地5号

愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室内 苦情相談

②事故発生時の対応について

地域密着型通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村及び利用者の家族等に連絡を取り必要な処置をとります。

《当社の概要》

名称・法人種別	株式会社和心いざなぎ
代表取締役・氏名	代表取締役 石村智子
本社所在地	愛知県あま市方領北浦201番地

《定款の目的に定めた主な事業》

1. 介護保険法に基づく居宅サービス事業
2. 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
3. 介護保険法に基づく居宅介護支援事業
4. 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
5. 介護保険法に基づく地域密着型事業予防サービス
6. 児童福祉法に基づく障害児通所支援事業
7. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業
8. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく一般相談支援事業
9. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の基づく特定相談支援事業
10. 児童福祉法に基づく障害児相談支援事業
11. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく地域生活支援事業
12. 前各号に付帯関連する一切の事業

事業所名 デイサービス縁楽 森

事業所数 1ヶ所

令和 年 月 日

地域密着型通所介護サービスの提供にあたり利用者に対して契約書および本書に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業所所在地 〒490-1107
愛知県あま市森3丁目9番5号
デイサービス縁楽 森
管理者氏名 石村 智子

説明者氏名 印

重要事項の説明を受け個人情報の取り扱いにも同意し利用を申し込みます。

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名 印

<上記代理人> 利用者との関係 ()

住所

氏名 印