

地域密着型通所介護、介護予防通所サービス事業所

重要事項説明書

株式会社リブラン
デイサービス花桃

地域密着型通所介護 介護保険事業所番号 2392000465

介護予防通所サービス 介護保険事業所番号 2372004446

ご利用者様に対する地域密着型通所介護(介護予防通所サービス)の提供にあたって、ご利用者様に確認をいただく事項は次のとおりです。

1 事業者

名称 株式会社 リブラン
 所在地 〒441-8073 愛知県豊橋市大崎町字境松 6 9 番地 2
 代表者 代表取締役 河邊 政勝

2 ご利用事業所

事業所名	デイサービス花桃	
事業区分	地域密着型通所介護	介護予防通所サービス
対象となる方	要介護 1～5	要支援 1～2
定員	16 人	
事業開始年月日	平成 29 年 2 月 1 日	
通常の事業の実施地域	豊橋市	
管理者の氏名	中山 義樹	
所在地	〒440-0022 愛知県豊橋市岩崎町字米山 2 3 番地 5	
電話番号	0532-39-3305	
FAX 番号	0532-39-3381	

3 事業の目的と基本方針

事業区分		事業の目的及び基本方針
通所介護	目的	ご利用者様の心身の状態を適切に把握し、その状態に応じて自立した日常生活を過ごせるよう、必要な日常生活上の介護及び機能訓練の援助を行うことによって、心身機能の維持並びにご利用者様のご家族の介護負担の軽減を図るとともに、ご利用者様同士や職員との交流の場を提供することを目的とします。
	基本方針	① ご利用者様の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止を目指し、目標を設定して計画的に行います。 ② 自ら提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。 ③ サービスの実施にあたっては、居宅介護支援事業所、関係市町村、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ます。
介護予防通所サービス	目的	ご利用者様が、自立した日常生活を過ごせるよう、要支援状態の維持、改善を図り、要介護状態になることを予防し、日常生活上の支援や運動機能の向上等の援助を行うことにより、ご利用者様の生活機能の維持向上を目的とします。

基本方針	<p>① ご利用者様の要支援状態の軽減若しくは悪化の防止を目指し、目標を設定して計画的に行います。</p> <p>② 自ら提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。</p> <p>③ サービスの実施にあたっては、介護予防支援事業所、関係市町村、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ます。</p> <p>④ ご利用者様が持っている能力を最大限活用することができるような方法によるサービスに努めます。</p>
------	--

4 同一建物で実施する併設事業

事業の種類	事業開始年月日	介護保険事業所指定番号	定員
居宅介護支援事業所	平成 29 年 2 月 1 日	2372004461	

5 事業所の職員体制

1 日あたりの職員体制

従業者の職種	人数	備考
管理者	1 名	
生活相談員	1 名以上	
介護職員	2 名以上	
看護職員	1 名	
機能訓練員	1 名	

6 サービス提供の時間帯

営業日	サービス提供の時間帯	営業時間
月～土曜日	午前 9 時 20 分～午後 4 時 30 分	7 時間 10 分
但し、12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く		

7 サービスの概要

(1) 食事の提供

- ・希望される方には食事を提供いたします。
- ・食事の時間は概ね 12 時～とします。
- ・とろみ食等、特殊な食事につきましては、食事代以外に必要な費用をいただきます。
- ・必要に応じて食事摂取の介助を行います。
- ・食費（おやつ代含む）は 550 円／回とし、一ヶ月まとめて頂きます。

(2) 入浴

入浴が必要なご利用者様に対して、入浴サービスを行います。また、寝たきり等でも座位がとれる方には、特殊浴槽ご利用していただきます。

(1) 日常生活動作の機能訓練

日常生活を営むために必要な機能の減退を防ぐための訓練等を行います。その際、個別機能訓練計画を作成し、日常生活を送るために必要な機能の回復等の訓練につきましては、個別機能訓練加算の対象となります。

(4) 健康チェック

看護職員により次の項目について健康チェックを行います。

- ・体温測定、血圧測定(ご利用日ごとに測定します)
- ・体重測定(月に一度測定します)

なお、当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、ご家族に連絡して、サービス内容を変更、中止する場合があります。

(5) 送迎

送迎を必要とする方につきましては、専用車両にて送迎を行います。この場合、原則として玄関までの送迎といたします。

8 サービス計画の方針

(1) サービス計画の作成・変更

- ① 事業者は、居宅介護サービス計画(ケアプラン)または介護予防サービス計画(介護予防プラン)に沿って「通所介護計画書」を作成します。
- ② 事業者は、ご利用者様の要介護・要支援状態の軽減もしくは悪化の防止等に資するよう、サービスの目標を設定し「サービス計画」に基づいたサービスを計画的に行います。
- ③ 事業者は、ご利用者様がサービスの内容や提供方法等の変更を希望される場合、速やかにサービス計画の変更を行います。ただし、ケアプランや介護予防プランの変更が必要な場合は、担当の居宅介護支援事業所や包括支援センターに連絡する等、必要な措置をとります。
- ④ 事業者は、サービス計画の作成、変更にあたっては、その内容をご利用者様及びそのご家族に説明し、同意を得ることとします。

(2) サービス提供にあたり他の機関との連携

事業者は、サービスの提供にあたり、必要に応じて保健、医療、介護等他の施設と連携してサービスの提供に当たります。

9 緊急時の対応

サービス提供時にご利用様の体調異変等、緊急時には主治医または提携医のご支持を仰ぐとともに、ご家族様にご連絡します。なお、特に急を要すると判断される場合には、救急車の要請を行うことといたします。

10 事故発生時の対応時について

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

11 非常災害への対応

事業所では、非常災害等に備えるため、防火管理者を定め防災計画に基づき、定期的に避難訓練等を行います。

12 賠償責任

事業者は、サービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、財産等に損害を与えた場合は、その損害を賠償します。ただし、事業者に過失がなかった場合や事業者の責任に寄らない場合は、この限りではありません。

13 サービス提供の記録、閲覧

ご利用者様に提供したサービスについて記録し、5年間保管するとともに、ご利用者またはご家族の希望により、閲覧することができます。

14 利用料金

別紙「利用料金表」参照

15 本人負担金の支払い方法

前記の料金は、1か月ごとに計算しご請求しますので、翌月 26日(土曜日、日曜日及び祝日になる場合は、休日明けの金融機関営業日)までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- (1) 金融機関からの自動引き落とし
- (2) 事業所への直接払い
- (3) 事業所が指定する銀行口座への振込み(振込手数料がかかります)

16 相談及び苦情の受付

- (1) 事業者の窓口

- ・デイサービス花桃 管理者 中山 義樹
住 所 豊橋市岩崎町字米山 2 3 番地 5
電話番号 0532-39-3305
受付日時 営業日の午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで

(2) 行政機関における窓口

- ① 東三河広域連合 介護保険課
住 所 豊橋市八町通二丁目 1 6 番地 豊橋市職員会館 5 階
電話番号 0532-26-8471
受付日時 平日の午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
- ② 愛知県国民健康保険団体連合会
住 所 名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号
電話番号 052-971-4165
受付日時 開庁日の午前 9 時から午後 5 時

17 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】 無

【実施した直近の年月日】

【第三者評価機関名】

【評価結果の開示状況】

18 その他の事項

- ・サービスのご利用予定日に、欠席される場合には事前にご連絡ください。ご連絡なく欠席された場合にはキャンセル料を徴収させていただきます。ただし、急病等の止むを得ない場合は除きます。但し、予定日 3 日以内の欠席については食事代は頂きます。
- ・交通事情、天候等により、送迎時間が予定より前後する場合があります。
- ・当事業所の設備等につきまして故意または重大な過失により破損等した場合には現状回復の費用を負担していただきます。
- ・他のご利用者様に迷惑を及ぼすような行為、宗教活動、政治活動、営業活動等をされた場合は、利用を中止させていただきます。
- ・職員等に対する贈答品や飲食のおもてなし、差し入れ等は固くお断りいたします。

同意書

令和 年 月 日

地域密着型通所介護(介護予防通所サービス)のサービス開始に当たり、本書面に基づき重要事項の説明をいたしました。

株式会社 リブラン デイサービス花桃

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面により、地域密着型通所介護(介護予防通所サービス)のサービスについて重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代 筆 _____ 印