

## 【日常生活支援総合事業重要事項説明書】

### 1 運営の方針

要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、心身の状況や家庭環境等を踏まえ、要介護状態となることの予防・要支援状態の維持若しくは改善のため、適切なサービスを提供することを目的とした運営を目指します。

### 2 事業所の概要

名称	日常生活支援総合事業 アザレアン
所在地	上田市真田町長石舟 3908 番地 1
電話番号・FAX番号	Tel 0268-72-4701 Fax 0268-72-4702
介護保険指定番号	20A0300073
サービスを提供する地域	真田地域包括センター区域・神科包括センター区域
管理者	依田 和明

### 3 職員体制

管理者 1名（兼務） その他職員 1名以上

### 4 事業所の設備の概要

機能訓練室	1室	相談室	1室
送迎車	1台		

### 5 定員及び営業日・営業時間・サービス提供時間

定員	13名（午前13名・午後13名）
営業日	火曜日・木曜日
営業時間	午前9時00分～午後12時30分 午後2時～午後4時30分
サービス提供時間	午前9時00分～午後12時30分 午後2時～午後4時30分

## 6 サービス内容

項目	内容
機能訓練	<p>利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練、並びに利用者の心身の活性化を図るための各種サービスを提供します。</p> <p>マシンを使った、下肢筋力、体幹、バランス訓練を行う。評価は器具より出てくるデータを見える化し、ご利用者自身が把握出来るようにする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活動作に関する訓練</li> <li>・グループワーク</li> <li>・体操</li> <li>・レクリエーション（アクティビティ）</li> <li>・行事的活動</li> <li>・趣味活動</li> </ul>
送迎サービス	<p>地理的条件等により送迎を必要とする利用者については車輛により送迎を行います。</p>
食事サービス	<p>本人希望の場合には、昼食（アザレアン配食弁当）をご提供いたします。</p>
相談・助言に関すること	<p>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及び助言を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活動作に関する訓練の相談</li> <li>・その他必要な相談・助言</li> </ul>

## 7 利用料金及びお支払い方法

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、介護予防・日常生活支援総合事業が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

### ◆介護予防・日常生活支援総合事業

1回につき 4,500 円

※利用者負担額は、費用総額から保険給付額を差引いた額となります。

### □その他の費用（介護保険対象外）

項目	サービス内容	利用者負担
昼食費	昼食（本人希望の場合 アザレアン配食弁当）	600 円（税込）
レクリエーション・クラブ活動費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画したもの</li> <li>・個別に希望した活動</li> </ul>	無料 実費（税込）
その他	紙パンツ・紙オムツ・尿とり等	利用者負担（実費）

### ◆ キャンセル料 ◆

利用者の都合でサービスを中止する場合は下記のキャンセル料がかかります。

利用日当日の朝 8 時 30 分までにご連絡をいただいた場合	無料
--------------------------------	----

昼食のオプションサービスをご利用で、10時30分までにご連絡がなかった場合は昼食代として	600円（税込）
利用者の体調不良等正当な理由がある場合	免除します

#### □お支払い方法

請求書は利用明細をそえて、利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。  
お支払い方法は銀行振り込み、口座自動引き落としの2通りの中からご契約の際に選べます。

### 8 サービス利用にあたっての留意事項

項目	内容
送迎時間の連絡	地域や便数により送迎時間が違います。季節・天候、利用者の体調により通常と違うことがあります。不明な点は職員にお尋ねください。
体調確認・体調不良による利用の中止・変更	職員が健康チェックを行います。送迎時に不調があればお申出ください。又健康チェックの結果体調不良の場合、利用内容の変更をすることがあります。その場合は家族に連絡の上、適切に対応します。
時間変更・早退	体調不良の場合には、事業所に連絡をお願いします。
喫煙	職員に申し出てから指定の場所で喫煙をしてください。
飲酒	行事等特別な場合は利用者と相談します。健康上の理由で禁止の利用者、周囲に迷惑を及ぼすような利用者は制限させていただきます。
所持品等の持ち込み	衣類・日用品・食品等を持ち込む場合は、職員にご相談ください。
設備・器具の利用	職員の了解を得てからご使用下さい。

### 9 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等あった場合は事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、家族、居宅支援事業所等へ連絡をします。

病院名		
主治医氏名		
主治医 連絡先		
家族 氏名・続柄		続柄
家族 連絡先		

### 10 非常災害対策

火災、水害、地震等の非常災害に関して「アザレアンさなだ消防計画」に従って防災時の対応、防災設備の点検管理、定期的な防災訓練、職員に対する防災教育を行っています。ま

た、真田町消防署及び地域の消防団との連携を日ごろより図ることに努めています。

### 1.1 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった措置について記録し対応します。

### 1.2 守秘義務に関する対策

事業所及び職員は、業務上知りえた利用者またはその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守します。

### 1.3 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のためマニュアルを作成し職員教育を行います。

### 1.4 サービス内容に関する苦情の受付

苦情担当 依田 和明

電話 0268-72-2781

受付は、口頭又は文書で時間を問わず受けます。受付後は責任者が早急に対応します。

#### ① 行政機関その他苦情受付機関

真田地域自治センター 市民サービス課	電話 0268-72-4700
上田市高齢者介護課	電話 0268-23-5140
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話 026-238-1580

#### ② 第三者委員会

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける機関です。

第三者委員氏名	FAX番号・メールアドレス
木下 文夫	0268-23-5081
小市 正輝	0268-72-3914
牧内 勝年	0268-72-2569
飯島 恵美	megumi-i@thereisno-planetb.com

### 1.5 損害賠償について

事業所において、事業所の責任により利用者にした損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者のおかれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、損害賠償責任を減じさせていただきます。

## 16 当法人の概要

定款の目的に定めた事業

### (1) 第一種社会福祉事業

①特別養護老人ホームの経営

### (2) 第二種社会福祉事業

①老人短期入所事業の経営

②介護予防老人短期入所事業の経営

③老人デイサービス事業の経営

④介護予防デイサービス事業の経営

⑤認知症対応型共同生活援助事業の経営

⑥介護予防認知症対応型共同生活援助事業の経営

⑦老人居宅介護等事業の経営

⑧介護予防老人居宅介護等事業の経営

⑨障害福祉サービス事業の経営

⑩小規模多機能型居宅介護事業の経営

⑪介護予防小規模多機能型居宅介護事業の経営

⑫認知症対応型通所介護事業の経営

⑬介護予防認知症対応型通所介護事業の経営

⑭日常生活支援総合事業の経営

定款の公益を目的に定めた事業

### (3) 公益事業

①訪問看護事業

②居宅介護支援事業

③訪問入浴介護事業

④宅老所スポットステイ（宿泊）事業

⑤地域交流施設アゼリアの管理運営

⑥地方自治体からの指定管理業務事業

⑦有償日常生活支援サービス事業

⑧サービス付き高齢者向け住宅の経営事業

⑨企業内保育所の経営事業

## 17 その他

利用者又は家族が、事業者や職員又は他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為（身体的暴力及び精神的暴力（大声を出す・怒鳴る等））並びにセクシャルハラスメント（必要なく手や腕を触る等のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合は契約を中止します。

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所所在地 長野県上田市真田町本原 775 番地 4

名 称 日常生活支援総合事業 アザレアン

管理者 依 田 和 明

説明者

私は、本書面により事業所から介護予防・日常生活支援総合事業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

(代理人) 住 所

氏 名