

デイサービスセンター クベレ

指定通所介護及び指定通所型サービス（現行相当）事業所

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（長崎県指定 第 4272400542）

当事業所はご契約に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

目 次

1. 経営法人について	1
2. ご利用事業所について	1
3. 当事業所が提供するサービス	2
4. 利用料金について	2
5. 通所介護サービスが提供できない場合について	3
6. キャンセル料金について	3
7. 相談・苦情の受付について	4
8. 秘密保持について	4
9. 個人情報の保護について	4
10. 身体拘束その他の行動制限について	4
11. 事故発生時の対応について	5
12. 非常災害対策について	5
13. その他の事項について	5
14. 協力医療機関について	5
15. 別表 利用料金、他について	6

当事業所は、ご契約者に対して通所サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容及び契約上のご契約上のご注意いただきたい事項を次の通り説明します。

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 有限会社 エス・ワイ・シー
- (2) 法人所在地 長崎県雲仙市小浜町金浜 422 番地 2
- (3) 電話番号 0957-37-2140
- (4) 代表者氏名 代表取締役 松島 誠二
- (5) 設立年月日 平成15年9月12日

2. 利用事業所

- (1) 事業所の種類 指定通所介護及び通所型サービス（現行相当）事業所
平成24年7月1日指定 長崎県 第4272400542号

(2) 目的と基本方針

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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター クベレ
- (4) 事業所の所在地 長崎県雲仙市千々石町戊 182 番地 4
- (5) 電話番号 0957-37-2140
- (6) FAX番号 0957-37-2170
- (7) 管理者氏名 西山 理香
- (8) 開設年月日 平成24年7月1日
- (9) 職員配置

職 名	業 務 内 容	配 置 数	配置基準
管 理 者	従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う	1名兼務	1名
生活相談員	介護サービスの利用の申し込みに係る調整、従業員に対する助言及び技術指導を行い、他の従業員と協力して通所介護計画の作成を行う	1名以上	1名
介護職員	介護サービスの提供に当たる・日常生活介護全般	6名以上	6名
看護職員	看護サービスの提供にあたり、利用者の健康管理、相談・助言を行う	1名以上	1名
個別機能訓練指導員	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指導・助言を行う(看護業務と兼務)	1名以上兼務	1名

(10) 営業時間

営 業 日	日曜日を除く毎日（ただし1月1日、2日を除く）
営 業 時 間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時10分～16時20分 ただし必要に応じて、上記サービス提供 時間以外でも相談に応じる体制をとる。
事業の実施地域	雲仙市・諫早市

(11) 施設概要

利 用 定 員	1日あたり32名
建 物 の 構 造	木造スレート葺き平屋建て
建物の延べ床面積	217.37 m ²

3. 提供するサービスの内容

(1) 送 迎

- ・ご自宅ならびに待ち合わせ場所までの送迎を行います。
- ・当日の道路事情等により送迎時間に差異が生じる場合がございます。

(2) 健康チェック・ティータイム

(3) 入 浴

- ・入浴または清拭を行います。

(4) 食 事

- ・当事業所では、食事形態・栄養状態や利用者様の嗜好を考慮した食事を提供いたします。また、摂取困難者には介護職員により食事摂取のお手伝いをさせていただきます。

(5) 休憩・静養・趣味活動

(6) 個別機能訓練

- ・心身の機能回復を目的とした実施を行います。

(7) ティータイム

(8) 排泄

- ・ご利用者様の排泄の介助をお手伝いさせていただきます。

(9) 生活相談

- ・ご利用者様からの相談をはじめ、ご家族からの相談をお受けいたします。

(10) 健康状態の確認

- ・ご利用時、職員により血圧・体温測定を行い異常の早期発見に努めると共に、健康に関するご相談もお受けします。

4. 利用料金

(1) 別紙利用料金によって、利用者の要介護度に応じサービス利用料金から介護給付費額を除いた金額(自己負担額)と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払ください。(サービスの利用料金は要介護度に応じて異なります。) *別紙参照

(2) 支給限度基準額を超えたサービスを利用した場合、超えた分は自己負担となります。

＊別紙参照

☆ 利用者が要介護認定を受けていない場合にサービスを利用されたときは、サービス利用料金の金額をお支払い頂き、要介護認定を受けた後に自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、「居宅サービス計画書」が作成されていない場合にも「償還払い」となり、当事業所より「サービス提供証明書」を交付した後、自己負担額を除く金額が介護保険より支払われます。

☆利用者様の介護度に変更が生じた場合は、利用料金も変更されます。

☆ 万が一、ご契約様からの支払いの滞納が発生した場合には、家族(扶養義務者)へ連絡させていただき、利用料金のお支払をお願いする場合がありますので、ご了承下さい。

(2) その他の料金…別紙参照

①食事の提供に要する費用

ただし、生活保護者受給者及び「給食利用要望書」の提出のあった利用者は、別表に定める額をお支払いいただきます。

②その他おむつ代等、必要に応じて実費相当額をお支払頂く場合があります。

③利用者の希望により、利用時間とされる時間を越えてサービスを提供する場合は、別表に定める額をお支払いいただきます。

(契約時に説明させていただきます。)

5・通所介護サービスが提供できない場合

・発熱・体調不良時・インフルエンザ等の感染症に罹患している場合等、事業所として適切なサービスを提供するのが困難な場合

6・キャンセル料金

基本的には頂きません。

7・相談・苦情の受付について

(1) 事業所内受け付け機関

○相談・苦情解決責任者 (代表取締役) 松島 誠二

○相談・苦情受け付け窓口担当者 (管 理 者) 西山 理香

受付時間 8:30～ 17:30 (緊急時除く)

電話番号 0957-37-2140

(2) 相談・苦情受け付けボックスとして当事業所玄関に、ご意見箱を設置しております。

事業者は、利用者またはその家族から苦情・相談の申し立てがあった場合、これを理由として利用者またはその家族に対して、何らかの差別的取り扱いをしないものとします。また、事業者は、利用者または、その家族からの苦情・相談に対処し、サービス向上・改善に努めるものとします。

(3) 当事業所の定める第三者委員に、相談又は苦情を直接申し出ることができます。

※なお、対応した内容については申し出られた方にお知らせいたします。

無記名の場合には、掲示にてお知らせいたします。

(4) 行政機関その他の苦情受付け機関

雲仙市健康福祉部 福祉支援課	所在地 雲仙市千々石町戊 582 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 電話番号 0957-36-2500
長崎県国民健康保険 団体連合会	所在地 長崎市今博多町 8 番地 2 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 電話番号 095-826-7291
長崎県社会福祉協議会	所在地 長崎市茂里町 3 番 24 号 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 電話番号 095-846-8600

(5) 第三者委員の設置

当事業所では、皆様からの相談・苦情に対し公正に対処するために中立的な立場の第三者委員を設置しております。

【第三者委員】

西川 富貴子 電話番号 0957-37-3011

8. 秘密保持

- (1) 本事業所の職員は、業務上知り得た利用者様またはそのご家族の秘密保持を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者様又はご家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- (3) サービス担当者会議等において、利用者様の個人情報を用いる場合は利用者様の同意を、利用者のご家族の個人情報を用いる場合はご家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

9. 個人情報の保護

- (1) 利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします
- (2) 個人情報の取扱いに関する利用者様からの苦情については、苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとします。

10. 身体拘束その他の行動制限

- (1) 通所介護サービスの提供にあたり、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しないものとします。
- (2) 利用者様に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与をその他の方法により行動を制限する場合は、利用者様に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を

行うものとします。

又この場合は、事前又は事後速やかに、利用者様の御家族に対し、利用者様にする行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。

(3) 隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者様の行動を制限した場合には、記録に次の事項を記載するものとします。

ア 利用者様に対する行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間

イ 前項に基づく利用者様に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

ウ前項に基づく利用者の家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

1 1. 事故発生時の対応について

(1) 利用者様に対する通所介護及び介護予防通所介護サービスの提供により万一事故が発生した場合には、速やかに市町村・当該利用者様の御家族・当該利用者様に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置については、記録を整備します。

(3) 利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

1 2. 非常災害対策について

通所介護及び介護予防通所介護サービスの提供中に、火災・風水害・地震等の災害に対処するための計画を策定し、年2回以上の訓練を実施します。天災その他の災害が発生した場合には、職員は利用者様の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を執ります。

1 3. その他の事項

(1) 風邪、病気等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

(2) 当日の健康状態の確認等で、体調が悪い場合には、サービス内容の変更またはサービスの中止をすることがあります。この場合には、実施していないサービス加算料金は返金いたします。

(3) ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービスを中止することがあります。その場合には、ご家族へ連絡の上、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・歯科医師・当事業所の協力医療機関に連絡を取る等の必要な措置を講じます。緊急時の場合には、基本にご家族の付き添いにより受診をして頂きます。

(4) 第三者評価の実施なし。

1 4. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力を頂いております。

☆菅医院 (内科・外科)

雲仙市小浜町北木指 3035-3 Tel 0957-74-2457

15. 【別 表】

【指定通所介護及び指定介護予防通所介護事業所】

① 利用料金（介護保険1割から3割負担）

表には1割負担の料金を記載

サービスの種類	単 価（回 数 単 位）
通所型サービス（現行相当） 週1回程度の利用 ・要支援 1	月1～4回利用の場合 1回 436円 月5回利用した場合 1,798円 / 月の包括単価のみ
通所型サービス（現行相当） 週2回程度の利用 ・要支援 2	月1～8回利用の場合 1回 447円 月9～11回利用した場合のみ 3,621円 / 月の包括単価

② 利用料金（1日当たりの介護保険1割から2割負担）

表には1割負担の料金を記載

介 護 度	基 本 料 金				
	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	370円	388円	570円	584円	658円
要介護2	423円	444円	673円	689円	777円
要介護3	479円	502円	777円	796円	900円
要介護4	533円	560円	880円	901円	1,023円
要介護5	588円	617円	984円	1,008円	1,148円

③ デイサービス自己負担利用料

	外部利用者（昼食・入浴込）	サービス付き高齢者住宅利用者
要支援1	2,500円	2,050円
要支援2	3,827円	3,377円
要介護1	4,200円	3,750円
要介護2	4,500円	4,050円
要介護3	4,800円	4,350円
要介護4	5,100円	4,650円
要介護5	5,400円	4,950円

④ 時間延長サービス利用料金

9時間以上ご利用の際は1時間延長ごとに50円

⑤ サービス提供体制強化加算Ⅰ

基 準 内 容	料 金
(Ⅰ) 介護福祉士が４０％以上配置されていること。	１８単位 / 回
(Ⅱ) ３年以上の勤続年数のある者が３０％以上配置されていること。	６単位 / 回

⑥ 介護報酬処遇改善加算

通所介護	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	９.０％
------	---------------	------

⑧入浴介助加算（介護保険１割負担分）

各 種 加 算	基 本 料 金
入 浴 加 算Ⅰ	４０単位（１回につき）

⑨ 個別機能訓練加算（介護保険１割負担分）

各 種 加 算	基 本 料 金
個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	５６単位（１回につき）
個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	７６単位（１回につき）
個別機能訓練加算Ⅱ	２０単位（１月につき）

⑩ 化学的介護推進体制加算（介護保険１割負担分）

各 種 加 算	基 本 料 金
科学的介護推進体制加算	４０単位（１月につき）

⑪ その他の料金

（１） 食事の提供に関する費用（一食あたり）

ア 食事の提供に要する費用（おやつを含む）・・・・・・・・・・５５０円

イ 生活保護受給者（食事・おやつ代を含む）・・・・・・・・・・５５０円

（２） 洗濯に関する費用・・・・・・・・・・１５０円 / 回

（３） 紙パンツ、紙おむつ・パット代・・・・・・・・・・１００円/枚・５０円枚

※返却された場合料金は発生しません

説明・同意・交付年月日

令和 年 月 日

通所介護及び通所型サービス（現行相当）の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定通所介護及び通所型サービス（現行相当）事業所名 デイサービスセンター クベレ

説明者 職種・氏名 管理者 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護及び通所型サービス（現行相当）の提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

契約者 住所 _____
(利用者)

氏名 _____ 印

家族等 住所 _____
(扶養義務者)

氏名 _____ (続柄) 印