

(介護予防) 認知症対応型通所介護

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業主体概要

事業主体名	有限会社 エス・ワイ・シー
法人の種類	有限会社
代表者名	松島 誠二
所在地	長崎県雲仙市小浜町金浜 422-2
資本金（出捐金）	300 万円
法人の理念	○私たちは、利用者様本位の介護サービスを提供します。 ○私たちは、日々自己研鑽し、サービスの質の向上に努めます。 ○私たちは、心豊かな介護を通し、地域福祉に貢献します。
他の介護保険関連の事業	介護予防小規模多機能型居宅介護及び小規模多機能型居宅介護事業 （小規模多機能ホーム クベレ） 介護予防通所介護及び通所介護事業（デイサービスセンター クベレ）
他の介護保険以外の事業	サービス付き高齢者向け住宅 クベレ

2. 共用型デイサービスの概要

ホーム名	共用型デイサービス クベレ
ホームの目的	要支援、要介護状態にあつて認知症状のある方に対し、適正な介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護を提供すること
ホームの運営方針	事業所の介護従事者は、要介護者、要支援者であつて認知症の状態にある方について、家庭的な環境のもとで、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活における世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の持つ個々の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものとする。
ホームの責任者	松島 誠二
開設年月日	令和 3 年 8 月 1 日
保険事業者指定番号	4 2 9 2 4 0 0 1 9 1
所在地、電話・FAX 番号	(電話) 0957-74-9539 (F A X) 0957-74-9540
交通の便	小浜-口之津線 長戸バス停から徒歩 2 分
敷地概要 (権利関係)	自社所有
建物概要 (権利関係)	構造：木造平屋建て 延床面積： 257.85 m ²
静養室の概要	有効実面積 9.07 m ²
共用施設の概要	居間、食堂、キッチン 合計 45.61 m ² 浴室 5.15 m ² 、 車いすトイレ 2.84 m ² トイレ 2.30 m ² 、 男性専用トイレ 1.51 m ²
緊急対応方法	別紙：利用契約書に詳細を記入
防犯防災設備 避難設備等の概要	自動火災報知器、消防署への火災通報装置、スプリンクラー設備、非常用照明、避難誘導灯、粉末消火器 3 本設置
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

3. 職員体制（グループホームの職員も含む）

職員の職種	管理者	計画作成担当者	介護従事者	医療従事者
員 数	1 人	1 人	8 人	1 人

4. 勤務体制

昼間の体制	4 人 （7：00～16：00、9：00～18：00、10：00～19：00） このうちデイサービスは、提供時間を通して1人が担当
-------	--

5. 営業日

利用定員数	1ユニット 定員 3名
営業日・営業時間	毎週 月曜日から土曜日（祭日は営業）。 9：00～16：20 *12月31日～翌1月2日まで休み 利用者の都合でサービスを中止する場合は、できるだけ前々日までに連絡下さい。

6. デイサービス利用にあたっての留意事項

- ・健康状態に異常がある場合には、その旨申し出ること。カゼや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。
- ・屋内外での喫煙・飲酒は禁止です。
- ・所持品には必ず記名を、貴重品はお持ちにならないようにお願いします。
- ・管理者及び介護職員による安全管理上の指示には必ず従うこと。
- ・介護支援専門員とよく相談し、介護サービスの利用目的を明確にした上で利用すること。
- ・施設内の設備及び備品等の利用に際しては、管理者及び従業者の指示に従い十分に注意すること。
- ・常備薬、保険給付の対象となっているサービス以外の介護用品等、管理者及び従業者が必要と認めたものは、持参するようにすること。
- ・家族等、緊急時等の連絡先を必ず申し出ること。
- ・サービス利用開始時には、必ず介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証の提示を行うこと。
- ・11.で定める非常災害対策に可能な限り協力すること。

7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	送迎・食事・排泄・入浴(清拭)・更衣介助等の日常生活を営む上での世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等については 包括的に提供され、下記の表による要支援・要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担となります。また利用者の負担割合が2割、3割の方は、いずれも下記金額の2倍、3倍となります。
----------	---

認知症対応型通所介護（Ⅱ） 6時間以上7時間未満／日（1割負担の場合）

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
424 単位	447 単位	457 単位	472 単位	489 単位	506 単位	522 単位

サービス提供体制加算（Ⅲ）	6 単位 / 日
若年性認知症利用者受け入れ加算	60 単位 / 日
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位 / 日
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	利用総単位に応じ 17.4%加算 / 月

※ 介護保険の給付対象にならないサービスとして別途徴収いたします。

- ・食費（昼食とおやつ代）450 円／日
- ・教養娯楽費（手芸材料代等）・個人消耗品費（オムツ代等）・理美容代は実費です。

8. 協力医療機関

協力医療機関名	菅 医 院 雲仙市小浜町北木指 3 0 3 5
診療科目	外科 ・ 内科
協力医師	院長：菅 記博

協力医療機関名	公立小浜温泉病院 雲仙市小浜町マリーナ 3 番地 2
診療科目	一般内科 ・ 消化器内科 ・ 呼吸器内科 ・ 循環器内科 ・ 腎臓内科・放射線科・ 一般外科 ・ 形成外科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科・精神科・麻酔科・皮膚科・ リハビリテーション科
協力医師	院長：井手 孝

協力医療機関名	萩尾歯科医院 雲仙市小浜町北木指 814-2
診療科目	歯科
協力医師	院長：萩尾 美樹

協力医療機関名	弘池会 口之津病院 南島原市口之津町丁 5615
診療科目	内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 小児科 ・ 放射線科 ・ 理学診療科
協力医師	理事長：池永 剛

協力施設名	ろうけんかづさ 南島原市加津佐町戊 4450
診療科目	老人保健施設
協力医師	施設長：池永 健

9. 苦情処理の体制・手順

(1) 苦情受付窓口（担当者）の設置

利用者及び家族からの苦情や相談に対し、迅速且つ適切に対応するための苦情受付窓口（担当者）を設置します。担当者が速やかに処理体制・手順に従い対応いたします。

苦情、相談受付窓口（担当者）

職、氏 名	管 理 者 中山 靖 (電話) 0957-74-9539 (FAX) 0957-74-9540
職、氏 名	苦情処理第三者委員 西川 富貴子 (電話) 090-3077-7314 (FAX)
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機関名称：長崎県雲仙市役所 市民福祉部福祉課 (電話) 0957-47-7871 (千々石庁舎) (FAX) 0957-36-8900 (千々石庁舎)
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機関名称：島原地域広域市町村圏組合介護保険課 (電話) 0957-61-1104 (FAX) 0957-61-9104
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機関名称：長崎県国民健康保険団体連合会 (電話) 095-826-1559 (FAX)

(2) 苦情解決の方法

① 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けします。

なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員会（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は第三者委員の助言や立会いを求めることができます。なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

ア、 第三者委員による苦情内容の確認

イ、 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ、 話し合いの結果や改善事項等の確認

- (3) 本事業者で解決できない福祉サービスに関する苦情は、長崎県社会福祉協議会に設置された「運営適正化委員会」に申し立てることができます。なお、介護保険事業に関する苦情は「県国民健康保険団体連合会」で受付けします。

10. 事故発生時の対応

入所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、損害賠償を速やかにおこないます。

(原因を解明し再発生を防ぐための対策を講じます)

利用者が、当施設が提供する介護サービスにあたって事故が生じた場合は、速やかに利用者及び扶養者が指定する連絡先等に連絡を行うと共に、別「事故防止マニュアル」に従い、必要な処置をとる。

事故対応責任者 松島 誠二

11. 非常災害対策

火災、地震、台風等の非常災害に対しては、災害時マニュアルを作成し、定期的に消火訓練、避難訓練を実施する。

当事業所は、(介護予防)認知症対応型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明と運営規程の説明を行いました。

令和 年 月 日

(事業者)

住 所	長崎県雲仙市小浜町金浜4 2 2 - 2
事 業 者	有限会社 エス・ワイ・シー
事業所名	共用型デイサービス クベレ
代表者名	松島 誠二

印

職名	管理者
氏名	中山 靖

私は、(介護予防)認知症対応型通所介護のサービス内容及び重要事項と運営規程の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所 雲仙市

電話

氏 名

印

利用者代理人

(身元引受人) 住 所

電話

氏 名

印

(続柄

)