

デイサービスセンター花ほたる(指定通所介護)
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。
(宮崎県指定 第4572001552号)

当事業所はご契約者(ご利用者)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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	2
3. 事業実施地域及び営業時間.....	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 事故発生時の対応について.....	5
7. 非常災害時の対応について.....	5
8. 苦情の受付について.....	6
9. 個人情報の取り扱いについて.....	6

1. 事業者

- (1) 事業者名 株式会社 作 松
- (2) 事業者所在地 宮崎県児湯郡川南町大字川南16138番地12
- (3) 電話番号 (0983)35-4802
- (4) 代表者氏名 代表取締役 小野 真介
- (5) 設立年月 平成20年2月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
平成27年1月5日指定 宮崎県4572001552号
- (2) 事業所の名称 デイサービスセンター花ほたる
- (3) 事業所の所在地 宮崎県児湯郡川南町大字川南20208番地1
- (4) 電話番号 (0983)35-4802
- (5) 事業所長(管理者) 永友 由美
- (6) 当事業所の運営方針
 - 1. ご利用者ができる限りその居宅において、ご利用者が持っておられる能力に応じ、自立した日常生活を送ることができるよう必要な日常生活上のお世話や機能訓練等を行い、ご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ご利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
 - 2. ご利用者の人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
 - 3. ご利用者への適正なサービスと充実を図るため、必要なことに関し関係行政、機関、団体(事業所)等との密接な連携に努めます。
- (7) 開設年月 平成27年1月5日
- (8) 利用定員 45名

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 川南町・都農町・高鍋町・新富町・木城町・日向市
- (2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月～日(祝祭日を含む)
営業時間	月～日 8:00～17:00
サービス提供時間	月～日 9:00～16:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	配置職員数 (人)
1. 管理者	1(兼務)
2. 介護職員	8(2兼務)
3. 生活相談員	2(兼務)
4. 機能訓練指導員	2(兼務)
5. 看護職員	2(兼務)

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の通常9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事（食費は別途いただきます。）

- ・ 当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

②入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

④機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤送迎サービス

- ・ ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます

<サービス利用料金(1回あたり)>

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

◎利用時間3時間以上4時間未満

ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 3,700	要介護度2 4,230	要介護度3 4,790	要介護度4 5,330	要介護度5 5,880
サービス利用に係る自己負担額（上記の二割）	370	423	479	533	588
サービス利用に係る自己負担額（上記の二割）	740	846	958	1,066	1,176
サービス利用に係る自己負担額（上記の三割）	1,110	1,269	1,437	1,599	1,764

◎利用時間4時間以上5時間未満

ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 3,880	要介護度2 4,440	要介護度3 5,020	要介護度4 5,600	要介護度5 6,170
サービス利用に係る自己負担額（上記の二割）	388	444	502	560	617
サービス利用に係る自己負担額（上記の二割）	776	888	1,004	1,120	1,234
サービス利用に係る自己負担額（上記の三割）	1,164	1,332	1,506	1,680	1,851

◎利用時間5時間以上6時間未満

ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 5,700	要介護度2 6,730	要介護度3 7,770	要介護度4 8,800	要介護度5 9,840
サービス利用に係る自己負担額（上記の二割）	570	673	777	880	984
サービス利用に係る自己負担額（上記の二割）	1,140	1,346	1,554	1,760	1,968
サービス利用に係る自己負担額（上記の三割）	1,710	2,019	2,331	2,640	2,952

◎利用時間 6 時間以上 7 時間未満

ご契約者の要介護度 とサービス利用 料金	要介護度 1 5、840	要介護度 2 6、890	要介護度 3 7、960	要介護度 4 9、010	要介護度 5 10、080
サービス利用に係る 自己負担額（上記 の二割）	584	689	796	901	1、008
サービス利用に係る 自己負担額（上記 の二割）	1、168	1、378	1、592	1、802	2、016
サービス利用に係る 自己負担額（上記 の三割）	1、752	2、067	2、388	2、703	3、024

◎利用時間 7 時間以上 8 時間未満

ご契約者の要介護度 とサービス利用 料金	要介護度 1 6、580	要介護度 2 7、770	要介護度 3 9、000	要介護度 4 10、230	要介護度 5 11、480
サービス利用に係る 自己負担額（上記 の二割）	658	777	900	1、023	1、148
サービス利用に係る 自己負担額（上記 の二割）	1、316	1、554	1、800	2、046	2、296
サービス利用に係る 自己負担額（上記 の三割）	1、974	2、331	2、700	3、069	3、444

◎ 7 時間以上 8 時間未満の通所介護の前後に連続して延長サービスを行った場合には、3 時間を限度として下記の延長加算が加算されます。

9 時間以上 10 時間未満の場合	50 単位
10 時間以上 11 時間未満の場合	100 単位
11 時間以上 12 時間未満の場合	150 単位

◎介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）の算定の額

所定単位数×9.2%

◎サービス提供体制強化加算(利用一回につき22円の負担)

…自己負担一割の場合

＜サービス提供体制強化加算とは＞

介護福祉士の資格を有する職員を多く配置することにより、より専門的で質の高いサービスを提供することができます。そういったサービス向上を目指す事業所を評価するとともに、介護職員のキャリアアップや離職防止を目的とし、導入されているのがサービス提供体制強化加算です。

利用料加算額

区 分	1. 加算される金額	2. 利用者自己負
入 浴 介 助	400円	(1の1割) 40円
入 浴 介 助	400円	(1の2割) 80円
入 浴 介 助	400円	(1の3割) 120円

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）
☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

* 以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事の提供（食費）

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：1回あたり 450円

③レクリエーション、クラブ活動の材料費等

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただくことがあります。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。

複写物を必要とする場合には原則として無料で提供します。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代：実費

⑥利用時間を超えた分の「預かりサービス」費用

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

1. 自動引き落とし(毎月20日引き落とし ※手数料は会社が負担します。)
2. 銀行振込(※お振込み手数料はお客様負担となります。)

宮崎銀行 延岡営業部 (普通) 口座番号339542 株式会社 作松 代表取締役 小野真介
--

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 事故発生時の対応について

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の処置を講じ、速やかに市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所のサービスによりご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

7. 非常災害時の対応について

消防計画に基づき、人命の安全ならびに災害の防止を図っています。

8. 苦情の受付について(契約書第21条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者) 管理者 永友 由美

○受付時間 毎週月曜日～日曜日 8:00～17:00

また、苦情受付ボックスを玄関ホールに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

宮崎県国民健康保険 団体連合会	所在地	宮崎市下原町231番地1
	電話番号	0985-35-5301
	FAX	0985-25-0268
	受付時間	8:30～17:00
宮崎県福祉保健部 長寿介護課	所在地	宮崎市橘通東2丁目10番1号
	電話番号	0985-26-7059
	FAX	0985-26-7344
	受付時間	8:30～17:00

9. サービスの第三者評価の実施状況について

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】	実施なし
【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】	

10. 個人情報の取り扱いについて

サービス提供上知りえた個人情報は、適切なサービス提供にのみ使用し、その他の使用は一切しません。

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター花ほたる

説明者職名

氏名

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

サービス担当者会議等を円滑に実施するために、利用者の個人情報及び家族の個人情報を用いる事を同意します。

令和 年 月 日

利用者住所：

利用者氏名： _____ 印 _____

代理人住所：

代理人氏名： _____ 印 _____

(利用者との続柄)

