

指定通所介護（予防通所介護）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。
（鹿児島県指定 第4670108580号）

株式会社 野乃華

デイサービスセンター花野光ヶ丘

当事業所は契約者に対して指定通所型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いたします。

1. 事業者

- ① 会社名 株式会社 野乃華
- ② 所在地 鹿児島市吉野町 9091 番地
- ③ 電話番号 099-243-3961
- ④ 代表者氏名 永倉 由美子
- ⑤ 設立年月日 平成 22 年 6 月 29 日

2. 事業所の概要

- ①事業所の種類介護予防通所介護又は介護保険法に基づく第1号通所事業（予防通所介護サービス）
- ② 事業所の名称 デイサービスセンター花野光ヶ丘
- ③ 事業所の所在地 鹿児島市皆与志町 6 0 7 番地
- ④ 電話番号 099-800-1370
- ⑤ 管理者氏名 永倉 千尋
- ⑥ 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 鹿児島市・姶良市
- (2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日
受 付 時 間	8:30～17:30
サービス提供時間	9:50～15:50

4. 職員の配置図

当事業所では、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	当施設配置人員
1. 管理者	1 名以上
2. 介護職員	7 名以上
3. 生活相談員	1 名以上
4. 看護職員	1 名以上
5. 機能訓練指導員(看護職兼務)	1 名以上

〈主な職員の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間 08:30 ~ 17:30
2. 生活相談員	勤務時間 08:30 ~ 17:30
3. 看護職員	勤務時間 08:30 ~ 17:30

5. 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

- ・利用料金が介護保険から給付される場合
- ・利用料金の全額をご契約者様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、利用料金の法廷負担割合額から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 食事

- ・当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状態及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。

〈食事時間〉 12時 ~ 13時

② 入浴

- ・入浴または清拭を行います。

③ 排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練

- ・ご契約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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

〈サービス利用料金(一回当たり)〉 契約書第7条参照

別紙Ⅰ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)をお支払いください。
(上記サービスの利用料金は、ご契約者の介護度に応じて異なります。)

○要介護度に応じた自己負担額に別途、食事代、入浴代が加算されます。
☆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一旦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の材料に係る費用は別途いただきます。

☆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) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金銭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 食事の材料の提供(食材料費)

ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：600円

② 延長料金

サービス利用後延長を希望される方は下記の料金で利用できます。

9時間以上10時間未満 50円/日

11時間以上12時間未満 150円/日

③ 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施区域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

通常の実施地域区域外……………20km以上……………700円

④ レクリエーション・クラブ活動

ご契約書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：材料代の実費をいただきます。

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などご契約者の日常生活に要する費用でご契約者にご負担いただ

くことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

おむつ代：実費（購入額）

⑥ その他

利用者が負担することが適当だと思われる費用……実費

☆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か月前までにご説明します。

（３） 利用料金のお支払方法（契約書第7条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、サービス利用終了翌月末までにお支払いいただきます。

（４） 利用の停止、変更、追加（契約書第7条参照）

・ 利用予定日の間に、ご契約者の都合により通所介護サービスの利用を中止または変更、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。

・ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の停止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良などの正当な事由がある場合はこの限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 10% (自己負担相当額)

- ・ 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機関にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第20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。

☆苦情受け付け窓口

管理者 永倉 千尋
受付時間 毎週月曜日から土曜日
08:30～17:30

（2） 当事業所以外での苦情の受付

☆鹿児島市役所 健康福祉局	所在地	鹿児島市山下町 11-1
すこやか長寿部	電話番号	099-216-1280
介護保険課給付係	受付時間	08:30～17:15
☆鹿児島県国民健康保険団体連合会	所在地	鹿児島市鴨池新町 6-6
介護保険課 介護相談室	電話番号	099-213-5122
	受付時間	9:00～17:00
☆鹿児島県社会福祉協議会事務局	所在地	鹿児島市鴨池新町 1-7
長寿社会推進部	電話番号	099-286-2200
福祉サービス運営適正委員会	受付時間	9:00～16:00

7. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
避難訓練	別途定める消防訓練にのっとり年2回避難訓練を、利用者の方々も参加して行います。
防災設備	
	自動火災報知機
	誘導灯
	消火器
その他	カーテン、じゅうたんは防災性能を有したものを使用しています。

8. 当施設ご利用の際に留意していただく事項

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- (2) 施設内は原則、禁煙・禁酒です。
- (3) 他の利用者の迷惑になるような行為はご遠慮ください。
- (4) 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- (5) 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (6) 当施設では、未然に事故やトラブルを防ぐよう配慮しておりますが、その中でも事故（転倒による骨折やケガ等）やトラブルが発生する可能性があることを御承知ください。
- (7) 高齢による身体機能の低下により転倒に伴う骨折・外傷、嚥下の低下による誤嚥や不慮の事故が起こりえる可能性があります。施設ご利用中に不安なことや危険性を感じたら速やかにご相談します。
- (8) 緊急時は、未然に対応手順を作成し家族や主治医へ報告し、その指示を受け対処いたします。その際は、時間に関係なく緊急時はご連絡差し上げることをご了承ください。

9. 個人情報の使用に関して

(1) 使用する目的

利用者のための通所型サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施される サービス担当者会議、施設職員と事業者との連絡調整等において必要な場合

(2) 使用する事業者の範囲

サービスを提供する事業者 正当な理由がある場合に限り関係各機関

(3) 使用する期間

契約締結から 契約終了まで

(4) 使用条件

1. 個人情報の提供は、必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
2. 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと

10. 感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業者は、感染症が発生し、またはまん延しないように、措置を講じるように努めます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6カ月に1回以上開催し、その結果を事業所職員に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

11. 虐待の防止

事業者は虐待の発生またはその再発を防止するための、措置を講じるように努めます。

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を事業所職員に周知徹底します。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所職員に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

1 2. 身体拘束最小化について

事故、危険回避等以外に身体拘束を行わないことを原則とします。ただし、利用者またはその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ず身体拘束を行う場合は、家族の同意を得るなど必要な手続きを取るものとします。

1 3. ハラスメント防止

事業者は、事業所で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるよう、事業所の職員、利用者及びその家族など、関連する事業所等の方を対象としてハラスメント防止に向け取り組みます。

(1) 優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません

- ①身体的な力を使って危害を及ぼすまたは及ぼされそうになった行為
- ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりおとしめたりする行為
- ③業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことを強要する行為
- ④意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

(2) 職員からの相談に応じ、適切な対処をするための体制整備を行い、ハラスメント事案が発生した場合、法人へ報告すると共に、即座に対応し、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。ハラスメントと判断された場合、関係機関への連絡・相談、利用契約の解除等の措置を講じます。

(3) 事業所職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方についての規定の周知、啓発を実施します。

1 4. 事業継続に向けた取り組みについて

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築します。感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅介護支援の継続実施及び早期に業務再開するための業務継続計画を策定し、必要な研修や訓練を定期的に実施します。

別紙 I

〈サービス利用料金〉

下記の料金表によって、ご利用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。

○要支援の場合（利用料金表 介護保険適用時の1ヶ月当たり）

	基本料金	入浴料
要支援 1	1 7 9 8 円/月	基本料に含む
要支援 2	3 6 2 1 円/月	基本料に含む

☑食事代 1 食につき 6 0 0 円（お菓子代含む）

☑介護職員等処遇改善加算Ⅲ 基本料金に 8 % 上乗せした額。

☑サービス提供体制強化加算Ⅲ 要支援 1：2 4 円/月 要支援 2：4 8 円/月

☑口腔機能向上加算Ⅰ 1 5 0 円（月 1 回のみ）

要介護の場合（利用料金表 介護保険適用時の1日当たり）※1割負担の場合

要介護度	基本料金
要介護 1	5 8 4 円/日
要介護 2	6 8 9 円/日
要介護 3	7 9 6 円/日
要介護 4	9 0 1 円/日
要介護 5	1 0 0 8 円/日

☑食事代 1 食につき 6 0 0 円（お菓子代含む）

☑個別機能訓練加算Ⅰ □ 7 6 円/回

☑入浴介助加算Ⅰ 4 0 円/回

☑介護職員等処遇改善加算Ⅲ 基本料金に 8 % 上乗せした額。

☑サービス提供体制強化加算Ⅲ 6 円/回

☑口腔機能向上加算Ⅰ 1 5 0 円（月 2 回まで）

私は、本書面に基づいて事業所から「重要事項説明書」の交付、説明を受け指定通所型サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

（自署の場合押印不要）

利用者住所 _____

利用者氏名 _____

（代筆者） _____

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「重要事項説明書」を交付し、説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者

鹿児島県鹿児島市皆与志町607番地

事業者名 デイサービスセンター花野光ヶ丘

代表者名 永倉 由美子

説明者職名 _____

氏名 _____