

重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 珠の実
主たる事務所の所在地	〒790-0046 愛媛県松山市余戸西三丁目9番29号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 田中 千秋
設立年月日	平成24年6月22日
電話番号	089-989-9089

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター 珠の実	
サービスの種類	介護予防型通所サービス	
事業所の所在地	〒790-0046 愛媛県松山市余戸西三丁目9番29号	
電話番号	089-989-9166	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	3870110743
実施単位・利用定員	1単位	定員22人
通常の事業の実施地域	松山市（島嶼部を除く）伊予市（旧双海町、旧中山町を除く） 伊予郡松前町、伊予郡砥部町（旧広田村を除く）、東温市	

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護予防型通所サービスの適切な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の従業者が要支援状態にある者、又は事業対象者に対し、介護予防型通所サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業所の介護予防型通所サービス従業者は、要支援者又は事業対象者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター等との綿密な連絡を図り、総合的な保健・医療・福祉サービスの提供に努めるものとします。

4 提供するサービスの内容

介護予防型通所サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5 サービス内容区分

1 送迎	6 レクリエーション
2 生活指導（相談援助等）	7 食事の提供
3 口腔機能向上サービス	8 健康チェック
4 介護及び入浴	9 その他
5 運動機能向上訓練、日常生活動作訓練（食事動作、入浴動作等を含む）	

6 営業日時

営業日	月曜日から土曜日（祝日を含む）まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後5時00分まで

7 事業所の職員体制・職務内容

従業者の職種	職務内容	勤務の人数	勤務の形態
管理者	職員及び業務の管理	1名	常勤1名生活相談員と兼務
生活相談員	利用者及び家族からの相談・苦情等に対応	2名	1名管理者と兼務 1名介護職員と兼務
看護職員	身体状況を把握し、健康状態に配慮したサービスの提供	2名	2名 機能訓練指導員と兼務
介護職員	通所介護計画書に基づいたサービスの提供	7名	1名生活相談員と兼務 1名訪問介護員と兼務
機能訓練指導員	個別機能訓練計画を作成・実施	3名	1名常勤専従 2名看護職員と兼務

8 サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の指名	管理者 森 律子
担当職員の氏名	生活相談員 森 律子・岩城 満有

9 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、

原則として介護報酬告示上の額の利用者負担割合に応じた額です。ただし、総合事業の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 介護予防型通所サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防型通所サービス】

事業対象者	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
要支援1	17,980円/月 (1月に全部で3回を超えたサービス)	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月
要支援2	36,210円/月 (1月に全部で7回を超えたサービス)	3,621円/月	7,242円/月	10,863円/月
要支援1	4,360円/回 (1月に3回までのサービス)	436円/回	872円/回	1,308円/回
要支援2	4,470円/回 (1月に7回までのサービス)	447円/回	894円/回	1,341円/回

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額、又は松山市が要綱で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算：介護予防型通所サービス】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

(注2) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額			
		基本 利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
若年性認知症利用者受入加算	利用 個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合	2,400円	240円	480円	720円

生活機能向上 グループ活動加算	グ	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	1,000円	100円	200円	300円
科学的介護推進 加算	体制	利用者ごとの心身の情報等の基本情報を厚生労働省に提出していること。その後フィードバックを受け事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組みを推進すること	400円	40円	80円	120円
介護職員 遇改善加算II	処	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	介護報酬総単位数 × 9.0%			

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき550円の食費をいただきます。
おやつ代	おやつを提供を受けた場合、1回につき50円をいただきます。
オムツ代	オムツの提供を受けた場合、実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

サービスの利用のキャンセルについては、できるだけ当日午前8時30分から午前9時00分までにご通知下さい。

事業所に通知された場合、利用料等を負担する必要がありません。

事業所に通知されなかった場合、キャンセル代と食事代の請求をさせていただきます。

(4) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直後の平日)に、口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日前後に請求書お送り致します。 現金でお支払いください。

上記の利用料負担金は、「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料(10割)を支払い、その後市町村に対して、利用者が第1号事業支給費分(9割又は8割又は7割)を請求する事になります。

サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合は、超えた全額分については全額自己負担となります。(この場合

には、サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。)

10 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

11 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び松山市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 1 事故が発生した場合、予めお知らせいただいている「緊急連絡先」へ速やかに連絡 します。また必要に応じて地方公共団体など関係機関にも連絡します。
- 2 前項の事故の状況及びその後の対応、また事故に際して採った処置について記録し、 保存する事とします。
- 3 事故を調査した結果に基づいて、ご家族等にその発生状況やその後の対応について事 実を十分に説明します。
- 4 事故後の対応にあたっては、ご利用者本人やご家族の気持ちを考え、誠意ある態度で 対応します。
- 5 利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速 やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に重大な過失がある場合は、 事業者は賠償責任を免除、または賠償額を減額されることがあります。

12 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。事業所相談窓口	事業所	デイサービスセンター 珠の実
	生活相談員	森 律子・岩城 満有
	所在地	愛媛県松山市余戸西三丁目9番29号
	電話番号	089-989-9166
	F AX	089-989-9167
	受付時間	8:30~17:30

1 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- 1 苦情の受付
- 2 苦情内容の確認・苦情対応経過報告書記入
- 3 管理者への報告
- 4 ご利用者へ苦情解決に向けた対応の事前説明と同意
- 5 苦情解決に向けた対応の実施
- 6 再発防止、および改善の実施
- 7 ご利用者へ結果報告と説明・同意
- 8 事業所内での再発防止について再確認、周知徹底

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付 機関	松山市介護保険課	電話番号 089-948-6968	平日 8:30~17:15
	愛媛県国民健康保険団体連合会	電話番号 089-968-8700	平日 8:30~17:15
	愛媛県福祉サービス運営適正化委員会	電話番号 089-998-3477	平日 9:00~12:00 13:00~16:30

13 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として、災害時対応マニュアルを策定し事業所の見やすい場所に掲示しております。利用者を対象に年に2回以上の避難救出訓練を実施します。

14 虐待防止

虐待は、高齢者の尊厳の保持や人格の尊重に深刻な影響を及ぼすため、事業所は虐待防止のために必要な措置を講じます。

- ・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し、その結果について事業所内で周知徹底
- ・虐待防止の為に指針の整備
- ・虐待防止の為に研修会を定期的に実施
- ・虐待防止責任者の設置
 - 虐待防止担当者 デイサービスセンター 珠の実 生活相談員 岩城 満有
 - 虐待防止責任者 デイサービスセンター 珠の実 管理者 森 律子

15 感染症の予防及びまん延防止

事業所は感染症の発生と、まん延を防止するために必要な措置を講じます。

- ・感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6カ月に一回以上開催し、その結果について事業所内で周知徹底
- ・感染症及びまん延の防止のための指針の整備 ・感染症及びまん延の防止の為に研修会及び訓練を定期的に実施

16 業務継続計画

感染症や非常災害の発生でもご利用者への居宅介護を継続的に実施するためと、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- ・事業所内で業務継続計画を周知するとともに、研修及び訓練を定期的に実施
- ・定期的に業務継続計画の見直しと変更

17 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

18 注意事項

- 1 利用者様同士の金品の貸し借り、売買行為。

- 2 貴重品の持ち込み。
- 3 デイサービスの提供飲食物（昼食、おやつ等）の持ち帰り。
- 4 持ち込みでの飲酒・飲食。
- 5 デイサービス利用時間内の無断外出。
- 6 暴言暴行、セクハラ、その他の迷惑行為
- 7 喫煙所以外での喫煙。

※デイサービスセンター内で、心地よく過ごして頂くために上記の行動はご遠慮して頂きたいと思います。

19

第三者評価の実施状況

第三者評価の実施 なし

第三者評価の結果開示 なし

以上、説明いたしました。

(珠の実) 担当者 _____ ⑩

契約書、重要事項説明書の内容について、説明を受け承諾しました。

了承の上契約を締結します。

本書2通作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有します。

契約締結日 令和 年 月 日

『事業者』 株式会社 珠の実 _____

『住所』 松山市余戸西三丁目9番29号 _____

『代表者』 田中 千秋 _____ ⑩

利用者

『住 所』 _____

『氏 名』 _____ ⑩

『電話番号』 _____

上記代理人（代理人を選任した場合）

『住所』

『氏名』

『電話番号』

ご家族代表

『住所』

『氏名』

『電話番号』

個人情報使用についての同意書

デイサービスセンター 珠の実 殿

私および私の家族は、訪問介護事業において「サービス担当者会議」等に、私および私の家族の個人情報をを用いることに同意いたします。

令和 年 月 日

利用者

『住所』

『氏名』

上記代理人（代理人を選任した場合）

『住所』

『氏名』

ご家族代表

『住所』

『氏名』

印
