

ディサービスセンター『煌き』

「指定地域密着型通所介護」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。
(介護保険事業所番号 3891300349)

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供します。
事業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。

☆☆ 目次 ☆☆

1. 事業者の概要
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金
5. 苦情の受付
6. 虐待防止
7. 感染症の予防及び蔓延防止
8. 個人情報の取り扱い
9. 事故発生時の対応
10. 業務継続計画の策定等
11. 第三者評価の実施状況

1. 事業者の概要

- (1) 法人名 ウマ商事株式会社
(2) 法人所在地 愛媛県四国中央市寒川町 1395 番地 1
(3) 代表者氏名 代表取締役 桂 治
(4) 設立年月日 令和 2 年 2 月 27 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所
事業者番号 3891300349
(2) 事業所の目的 指定事業者として介護保険の趣旨に則り適切な運営に努めます。
(3) 事業所の名称 ディサービスセンター煌き
(4) 事業所の所在地 愛媛県四国中央市中曾根町 1257 番地
(5) 電話番号 0896-23-6511
(6) 管理者の氏名 桂 真理子
(7) 事業所の運営方針 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の援助・機能訓練・社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びに家族等の身体的精神的負担の軽減を図ることを目的としています。
(8) 開設年月日 令和 2 年 6 月 22 日
(9) 通常の事業実施地域 四国中央市内
(10) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日
定休日	・ 土、日曜日 ・ 8 月 13 日 ・ 10 月 23 日 ・ 12 月 31 日から 1 月 3 日
営業時間	8 時 30 分から 17 時 30 分
サービス提供時間	(9 時から 17 時までの) 居宅サービス計画に沿った提供時間

- (11) 利用定員 15 人

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護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	配置人員
管理者	1 名
生活相談員	1 以上
看護職員	1 以上
介護職員	1 以上
機能訓練指導員	1 以上

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
生活相談員	勤務時間 8 : 30～17 : 30
看護職員	勤務時間 8 : 30～17 : 30
介護職員	勤務時間 8 : 30～17 : 30
機能訓練指導員	勤務時間 8 : 30～17 : 30 10 : 00～12 : 00, 13 : 30～15 : 30

4. 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。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、原則として利用料金のうち 7 または 8 割又は 9 割が介護保険から支給されます。

〈サービスの概要〉

① 食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

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。

（食事時間） 12 : 00～13 : 00

② 入浴

入浴または清拭の介助を行います。

③ 排泄

ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練

機能訓練指導員の指導により、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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎

ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

〈サービス利用料金〉

別表の料金表によって、ご契約者の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（9 割又は 8 又は 7 割）を除いた金額（1 割又は 2 又は 3 割の自己負担額）をお支払い下さい。

※ ご契約者が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。要介護認定を受けた後、自己負担分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。

(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 食費（食材料費含む）

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

食事 1 回につき 600 円

② カフェ利用

ご契約者の希望によりカフェを利用していただくことができます。

利用料金：選択したメニューによる実費

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービスについての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

④ 日常生活上必要となる諸費用

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ご負担いただくことが適当であるものにかかる費用を実費負担していただきます。

※ 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 1 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・費用は以下のお支払い方法のうち、いずれかの方法でお支払いください。

1 ヶ月ごとに計算し、現金でお支払いいただく方法
1 ヶ月ごとに計算し、銀行の口座より引き落としでお支払いいただく方法

(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、サービス実施日の前々日までに事業者へ申し出てください。

○ 利用予定日前々日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料としての料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前日：利用者負担金の 10%の額

利用予定日の当日：利用者負担金の 20%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。

- 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ご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ご契約者に提示して協議します。

5. 苦情の受付について

◎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。

担当者	管理者
電話番号	0896-23-6511
受付時間	毎週月曜日から金曜日 9：00～17：00

◎行政機関その他苦情受付機関

四国中央市役所 福祉部 高齢介護課	所在地 〒799-0479 四国中央市三島宮川 4-6-55 電話番号 0896-28-6025 F A X 0896-28-6059 受付時間 8：30～17：15
愛媛県 国民健康保険団体連合会 介護・保健課	所在地 〒799-8550 松山市高岡町 101-1 電話番号 089-968-8700 F A X 089-968-8717 受付時間 8：30～17：15
愛媛県社会福祉協議会 利用者支援班 運営適正化委員会 救ピット委員会	所在地 〒799-8553 松山市持田町 3-8-15 電話番号 089-998-3477 F A X 089-921-8939 受付時間 9：00～12：00 13：00～16：30

6. 虐待防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- ① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ② 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- ③ 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年 1 回以上）実施すること。
- ④ 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

7. 感染症の予防及び蔓延防止

事業所は感染症の予防及び蔓延の防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- ① 事業所における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の開催
(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修、訓練を定期的に(年2回以上)実施する。

8. 個人情報の取り扱い

当事業所では個人情報に関連する法令その他関連法令及び厚生労働省のガイドラインに基づいて、当法人で規定する諸規則等により保有する利用者の個人情報について適正に管理し、利用者の求めに応じて内容を開示します。また、個人情報の使用に関しては予め個人情報の使用に係る同意書により同意をいただいた上で使用します。

9. 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四国中央市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。当事業所では事象別の事故発生時の対応として事故発生時対応マニュアルを策定しております

10. 業務継続計画の策定等

当事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅サービスの継続的な提供の実施、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」とする)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。

- ② 事業所は従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練(シュミレーション)を定期的に(年2回以上)実施します。
- ③ 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11. 第三者評価の実施状況

実施なし

以下空白

同意書

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ ㊞

代理人氏名 _____ ㊞

指定居宅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。

ディサービスセンター煌き

職名 _____ 説明者氏名 _____ ㊞

別表

利用料

地域密着型通所介護（1回あたり）

（単位：円）

介護度	利用時間	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
要介護 1	3 時間以上 4 時間未満	416	832	1248
	4 時間以上 5 時間未満	436	872	1308
	5 時間以上 6 時間未満	657	1314	1971
	6 時間以上 7 時間未満	678	1356	2034
	7 時間以上 8 時間未満	753	1506	2259
	8 時間以上 9 時間未満	783	1566	2349
要介護 2	3 時間以上 4 時間未満	478	956	1434
	4 時間以上 5 時間未満	501	1002	1503
	5 時間以上 6 時間未満	776	1552	2328
	6 時間以上 7 時間未満	801	1602	2403
	7 時間以上 8 時間未満	890	1780	2670
	8 時間以上 9 時間未満	925	1850	2775
要介護 3	3 時間以上 4 時間未満	540	1082	1620
	4 時間以上 5 時間未満	566	1132	1698
	5 時間以上 6 時間未満	896	1792	2688
	6 時間以上 7 時間未満	925	1850	2775
	7 時間以上 8 時間未満	1032	2064	3096
	8 時間以上 9 時間未満	1072	2144	3216
要介護 4	3 時間以上 4 時間未満	600	1200	1800
	4 時間以上 5 時間未満	629	1258	1872
	5 時間以上 6 時間未満	1013	2026	3039
	6 時間以上 7 時間未満	1049	2098	3147
	7 時間以上 8 時間未満	1172	2344	3516
	8 時間以上 9 時間未満	1220	2440	3660
要介護 5	3 時間以上 4 時間未満	663	1326	1989
	4 時間以上 5 時間未満	695	1390	2085
	5 時間以上 6 時間未満	1134	2268	3402
	6 時間以上 7 時間未満	1172	2344	3516
	7 時間以上 8 時間未満	1312	2624	3936
	8 時間以上 9 時間未満	1365	2730	4095

加算の概要

入浴介助加算（Ⅰ）	1日につき	40
個別機能訓練加算（Ⅰロ）	1日につき	76
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	1月につき	各利用者の1月あたりの総単位数に 加算率（9.0％）を乗じた額

当該加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます

減算

事業所が送迎を行なわない場合 所定単位数から片道につき47単位を減算する。