

〈介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書〉

令和7年3月21日現在

1 事業所概要

①事業所情報

事業所名	リハビリテーション強化型デイサービスEsola
本社所在地	鳥取県東伯郡湯梨浜町はわい長瀬字三ツ江804番地1
連絡先	電話・FAX番号： 0858-48-5178 E-MAIL： oorong.esola@gmail.com
施設長名	鎌田 浩介
管理者名	瀧 多恵子
サービス種類	介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス） (介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、アクティビティ等その他必要な介護業務を行います。)
介護保険指定番号	3171400991
サービス提供地域	湯梨浜町、倉吉市、北栄町、琴浦町、三朝町

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

②営業日・営業時間

営業日	毎週 火曜日～土曜日（午前 8：30～午後 5：30） ※但し、夏季休暇（8月14日～15日）、秋季休暇（10月（2日間））、年末年始（12月31日～1月3日）を除く
定休日	毎週 日曜日、月曜日

③職員配置状況

職種	配置人数	資格
管理者	1 名	
機能訓練指導員	2 名 以上	理学療法士 あん麻マッサージ指圧師 等
生活相談員	1 名 以上	介護福祉士 等
看護職員	1 名 以上	看護師・准看護師
介護職員	7 名 以上	介護福祉士 等

④事業計画・財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者様及びそのご家族様にとどまらず全ての方に対し、要望があれば閲覧することができます。

⑤運営方針

運営方針	介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、日常生活上の必要な支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す元のします。 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
------	---

2 利用料金

利用料金（1回あたり）

	自己負担額 (負担割合)	介護予防・日常生活支援総合事業 (通所型サービス) (要支援1相当)	介護予防・日常生活支援総合事業 (通所型サービス) (要支援2相当)
基本料金（1回当たり）	1割	436 円 / 回	447 円 / 回
	2割	872 円 / 回	894 円 / 回
	3割	1,308 円 / 回	1,341 円 / 回
基本料金 要支援1、事業対象者（月5回以上） 要支援2、（月9回以上）	1割	1,798 円 / 月	3,621 円 / 月
	2割	3,596 円 / 月	7,242 円 / 月
	3割	5,394 円 / 月	10,863 円 / 月
一体的サービス提供加算	1割	480 円 / 月	
	2割	960 円 / 月	
	3割	1,440 円 / 月	
若年性認知症利用者受入加算 若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合	1割	240 円 / 月	
	2割	480 円 / 月	
	3割	720 円 / 月	
口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 利用者の口腔機能・栄養状態を確認し、その結果を担当 介護支援専門員に文章で情報提供した場合	1割	20 円 / 6ヶ月に1回	
	2割	40 円 / 6ヶ月に1回	
	3割	60 円 / 6ヶ月に1回	
口腔機能向上加算（Ⅰ） 看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種の者が共同して利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し記録・評価を定期的に行つた場合	1割	150 円 / 月1回を限度	
	2割	300 円 / 月1回を限度	
	3割	450 円 / 月1回を限度	
科学的介護推進体制加算 利用者の心身の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を適切かつ有効に提供するため必要な情報を活用している場合	1割	40 円 / 月	
	2割	80 円 / 月	
	3割	120 円 / 月	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上	1割	24 円 / 月	48 円 / 月
	2割	48 円 / 月	96 円 / 月
	3割	72 円 / 月	144 円 / 月
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 介護サービスに従事する介護職員の処遇の改善し、雇用の安定を図ることを目的	1割	毎月算定単位の 9.0%	
	2割	毎月算定単位の 18.0%	
	3割	毎月算定単位の 27.0%	

（注）介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

②自費を頂くもの（介護保険適用外）

食費等	おやつ代	200 円
	昼食代（おやつ代含む）	650 円
	夕食代	450 円
※1 但し、特別な行事や利用者・家族の希望により個別の対応を行った場合の食費については、実費負担となります。		
レクリエーション材料費 等	実費	
	(おむつ) 120 円	
	1枚につき	(パンツ型) 150 円
		(尿取りパッド) 80 円

③交通費（サービス提供地域外）

交通費	1 kmにつき	300 円
-----	---------	-------

④キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記キャンセル料を頂きます。キャンセルが必要になった場合、下記の連絡先に至急ご連絡ください。

連絡先	電話・FAX番号： 0858-48-5178
キャンセル料頂く場合	ご利用日の当日午前8：30以降のキャンセル及び連絡がない場合 【デイサービス利用料の50% 及び 食費の100%】

⑤料金の支払い方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたします。

☆お支払い方法は、原則銀行口座振替で翌月24日実施（休日は翌営業日）です。

☆特に事情がある場合は現金でのお支払をご相談下さい。その場合は翌月末日までにお支払い頂きます。

3 サービスの利用方法

①サービス利用開始

お電話などでお申し込みをお願いいたします。当社職員がお伺いいたします。介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

（居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください）

②サービス利用終了

- ・お客様のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。
- ・人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・お客様が介護保険施設に入所された場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）もしくは要介護と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

④その他

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、もしくは当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、もしくはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者又は他の利用者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・風邪、病気等の際はサービスの利用を見合させて無理な利用はお断りする場合がございます。
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することができます。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することができます。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

4 虐待・身体拘束の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護及び虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
- ③ 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- ④ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ⑤ 事業者は、利用者又は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ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- ⑥ やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。
- ⑦ 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者（管理者）を選定しています。

5 衛生管理について

事業所において感染症等が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③ 事業所における感染症等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、従業者に周知徹底しています。
- ④ 事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ⑤ 従業者に対し、感染症等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。

6 業務継続に向けた取り組みの強化について

- ① 感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 従業者に対し、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を定期的に実施します。
- ③ 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。

7 ハラスメントについて

事業者は、介護現場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ハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内において行われる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。
 - ・身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - ・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
 - ・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
- 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 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研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、下記主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡をいたします。

9 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者ご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業所（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡をし、必要な措置を講じるとともに、速やかに相当因果関係の範囲内の損害を賠償するものとします。但し、お客様にも責めに帰する事由が存するときは、この限りではありません。

10 サービスに関する苦情

【弊社お客様相談窓口】

苦情相談窓口担当	リハビリテーション強化型デイサービスEsola 管理者
受付日	火曜日～土曜日 ※但し、夏季休暇（8月14日～15日）、秋季休暇（10月（2日間））、年末年始（12月31日～1月3日）を除く
受付時間	午前8：30～午後5：30

【公的機関のお客様相談窓口】

湯梨浜町	長寿福祉課	電話番号：0858-35-5378
倉吉市	長寿社会課	電話番号：0858-22-7851
北栄町	福祉課	電話番号：0858-37-5850
琴浦町	福祉課	電話番号：0858-52-1706
三朝町	健康福祉課	電話番号：0858-43-3520
鳥取県国民健康保険団体連合会（苦情相談専用）		電話番号：0857-20-2100

11 会社概要

社名	合同会社 烏龍舎
本社所在地	鳥取県東伯郡湯梨浜町はわい長瀬字三ツ江804番地1
代表者	代表職務執行者社長 鎌田 浩介
事業内容	*介護保険事業（通所介護/介護予防通所介護） *障害福祉サービス事業（生活介護/自立訓練（機能訓練）） *障害児通所支援事業（放課後等デイサービス） *日常生活支援事業（日中一時支援）

重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
---------------	----------

【事業者】	所在地	鳥取県東伯郡湯梨浜町はわい長瀬字三ツ江804番地1
	法人名	合同会社烏龍舎
	代表者名	代表職務執行者社長 鎌田 浩介
	事業所名	リハビリテーション強化型デイサービス Esola (指定番号 3171400991)
	説明者氏名	小椋 仁美 印

上記事業者より本書の説明を受け、同意し受領しました。

【利用者様】	住所	
	氏名	印
【代理人様】	住所	
	氏名	印 (続柄：)
緊急連絡先①	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先②	氏名	
	連絡先	