

「志布志デイサービスセンター賀寿園」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4676800073号)

当事業所はご契約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「要支援」「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. 非常災害対策	7
7. 緊急時の対応	7
8. 事故発生時の対応	7
9. 守秘義務に関する対策	7
10. 利用者の尊厳	7
11. 身体拘束の禁止	7
12. 苦情の受付について	8

1. 事業者

- | | |
|----------|-----------------------|
| (1)法人名 | 社会福祉法人 隆愛会 |
| (2)法人所在地 | 鹿児島県志布志市志布志町安楽2903番地1 |
| (3)電話番号 | 099-472-5555 |
| (4)代表者氏名 | 理事長 玉 利 道 満 |
| (5)設立年月 | 平成4年8月21日 |

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12年3月22日指定

鹿児島県4676800073号

※当事業所は特別養護老人ホーム賀寿園に併設されています。

(2)事業所の名称 志布志デイサービスセンター賀寿園

(3)事業所の所在地 鹿児島県志布志市志布志町安楽2903番地1

(4)電話番号 099-472-5560

(5)管理者 氏名 大峯 茂樹

(6)当事業所の運営方針

1. 利用者へのサービスの質の向上
2. 公平・公正施設経営の遵守
3. 職員の資質・専門性の向上
4. 地域福祉の向上

(7)開設年月 平成5年7月1日

(8)利用定員 30人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1)通常の事業の実施地域 志布志市

(2)営業日及び営業時間

営業日	月～土 年末年始 12月30日～1月3日休み
受付時間	月～土 午前8時20分～午前9時20分
サービス提供時間	月～土 午前9時20分～午後4時30分

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	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1	1名
2. 介護職員	4名以上	4名
3. 生活相談員	1	1名
4. 看護職員	1名以上	1名
5. 機能訓練指導員	1	1名
6. 歯科衛生士	0.3	名
7. 栄養士		名

※ サービス体制強化加算に係る体制

・介護職員総数 4名 介護福祉士資格保有者数 2名 資格保有比率 50%

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 生活相談員	勤務時間 午前 8:00 ～ 午後 5:00 ☆原則として1名が勤務します。
2. 介護職員	勤務時間 午前 8:00 ～ 午後 5:00 ☆原則として職員1名あたり利用者5名のお世話をします。
3. 看護職員	勤務時間 午前 8:20 ～ 午後 4:30 ☆原則として1名が勤務します。
4. 機能訓練指導員	勤務時間 午前 8:00 ～ 午後 5:00
5. 歯科衛生士	週2回 午前 9:30 ～ 午後 3:45

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)介護保険の基準サービス(契約書第4条参照)*

以下のサービスについては、利用料金の大部分(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(但し、食材料費は別途いただきます。)

- ・当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体
の状況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。(食事時間) 12:00～12:30

② 入浴

入浴を行います。ご契約様の身体状況やその日の状態に応じて、シャワー浴や清拭を行
います。また、寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄

ご契約者の排せつの介助を行います。ご契約様の身体状況に応じてトイレへの移動や便
座への移乗、おむつ交換等をおこないます。

④ 送迎

ご契約者の送迎を行いません。ご契約様の身体状況に応じて居室、ベッドまで移動・移乗
の介助をいたします。

⑤口腔機能向上

口腔機能の低下している者又はその恐れのある者に対し、歯科衛生士、看護師等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等を実施いたします。

※ 月2回まで。原則3ヶ月となっております。

<サービス利用料金(1回あたり)>(契約書第6条参照)

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及びご利用になったサービスによって異なります。)

<料金表> 通常規模型 通所介護費 7時間以上8時間未満の場合

介護度	通 所 介護費	加 算			
		サービス 提供強化Ⅱ.Ⅲ	入浴	介護処遇改善Ⅰ～Ⅳ	口腔機能 向上
要介護1	6,580 円	提供加算Ⅱ 180 円 提供加算Ⅲ 60円	400 円	介護処遇改善Ⅰ 9.2%	1,500 円
要介護2	7,770 円			介護処遇改善Ⅱ 9.0%	
要介護3	9,000 円			介護処遇改善Ⅲ 8.0%	
要介護4	10,230 円			介護処遇改善Ⅳ 6.4%	
要介護5	11,480 円				

<料金表> 通常規模型 通所介護費 6時間以上7時間未満の場合

介護度	通 所 介護費	加 算			
		サービス 提供強化Ⅱ.Ⅲ	入浴	介護処遇改善Ⅰ～Ⅳ	口腔機能 向上
要介護1	5,840 円	提供加算Ⅱ 180 円 提供加算Ⅲ 60円	400 円	介護処遇改善Ⅰ 9.2%	1,500 円
要介護2	6,890 円			介護処遇改善Ⅱ 9.0%	
要介護3	7,960 円			介護処遇改善Ⅲ 8.0%	
要介護4	9,010 円			介護処遇改善Ⅳ 6.4%	
要介護5	10,080 円				

<料金表> 通常規模型 通所介護費 5時間以上6時間未満の場合

介護度	通 所 介護費	加 算			
		サービス 提供強化Ⅱ.Ⅲ	入浴	介護処遇改善Ⅰ～Ⅳ	口腔機能 向上
要介護1	5,700 円	提供加算Ⅱ 180 円 提供加算Ⅲ 60円	400 円	介護処遇改善Ⅰ 9.2%	1,500 円
要介護2	6,730 円			介護処遇改善Ⅱ 9.0%	
要介護3	7,770 円			介護処遇改善Ⅲ 8.0%	
要介護4	8,800 円			介護処遇改善Ⅳ 6.4%	
要介護5	9,840 円				

<料金表> 通常規模型 通所介護費 4時間以上5時間未満の場合

介護度	通 所 介護費	加 算			
		サービス 提供強化Ⅱ.Ⅲ	入浴	介護処遇改善Ⅰ～Ⅳ	口腔機能 向上
要介護1	3,880 円	提供加算Ⅱ 180 円 提供加算Ⅲ 60円	400 円	介護処遇改善Ⅰ 9.2%	1,500 円
要介護2	4,440 円			介護処遇改善Ⅱ 9.0%	
要介護3	5,020 円			介護処遇改善Ⅲ 8.0%	
要介護4	5,600 円			介護処遇改善Ⅳ 6.4%	
要介護5	6,170 円				

例 6～7時間 [サービス提供強化加算Ⅱ・入浴を利用された場合]

	ご契約者の要 介護度とサー ビス利用料金	うち、介護保険 から給付され る金額	サービス利用 に係る自己負 担額	介護職員処遇改善 加算
要介護 1	6,420 円	5,778 円	642円	介護処遇改善Ⅰ 9.2%
要介護 2	6,890 円	6,201 円	689円	介護処遇改善Ⅱ 9.0%
要介護 3	7,960 円	7,164 円	796円	介護処遇改善Ⅲ 8.0%
要介護 4	9,010 円	8,109 円	901 円	介護処遇改善Ⅳ 6.4%
要介護 5	10,080 円	9,072 円	1,008 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の材料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。

☆利用者負担額について、介護保険負担割合証の利用者負担の割合に応じ、1割、2割の負担をお願い致します。サービス提供時には介護保険負担割合証の提出をお願いします。

(2)介護保険の基準外サービス(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:1回あたり 480円

②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地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。

事業実施地域以外の区域:実費相当

⑤レクリエーション、クラブ活動

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きます。

⑥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。

1枚につき 10円

⑦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

☆ 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事があります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行なう2ヶ月までにご説明いたします。

(3)利用料金のお支払い方法(契約書第 6 条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、翌月 10 日前後に請求書をお渡しいたしますので、よろしくお願いいたします。

(4)利用の中止、変更、追加(契約書第 7 条参照)

○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申し出て下さい。

○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.非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災及び避難に関する計画を作成し、年2回利用者及び従業者等の訓練をおこないます。

7. 緊急時の対応

通所介護利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、保険者である市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者(ケアマネージャー)等に速やかに連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、再発防止に努め、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかにおこないます。ただし、事業者の故意または過失によらない場合は、この限りではありません。

9. 守秘義務に関する対策の対応

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のための業務マニュアルを作成し、従業者教育をおこないます。

11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束をおこなわないことを約束します。
ただし、緊急やむ得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、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得ない理由について記録します。

12. 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。

- 相談・苦情解決(責任者) 大峯 茂樹
- 苦情受付窓口(担当者)
[職名] 生活相談員 松 永 拓 郎
- 第三者委員 吉田 忍(050-1248-6189)
田 原 作 一(472-0572)
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 9:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

志布志市役所 福祉部福祉課 介護保険担当課	所在地 電話番号 受付時間	志布志市有明町野井倉1756 099-474-1111 9:00～17:00
志布志市役所志布志支所 福祉保健課 介護保険担当課	所在地 電話番号 受付時間	志布志市志布志町志布志2丁目1番1号 099-472-1111 9:00～17:00
鹿児島県国民健康保険団体 連合会	所在地 電話番号 受付時間	鹿児島市鴨池新町 7 番 4 号 099-206-1084 9:00～17:00
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 電話番号 受付時間	鹿児島市鴨池新町1番7号 099-257-3855 9:00～17:00

令和 7年 月 日

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。

志布志デイサービスセンター 賀 寿 園

説明者職名 生活相談員

氏名 松 永 拓 郎 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。

利用者住所 志布志市志布志町

氏名

印