

介護保険法に基づく第一号通所事業(介護予防通所介護相当サービス) 重要事項説明書 (令和6年6月1日 現在)

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0897-40-2775(年末年始12/30～1/3を除く 午前08時00分～午後05時30分)
 担当 生活相談員 伊藤尚美 秋山さつき 高橋朱香
 管理者 加藤一樹
 ※ ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. デイサービスセンターふれんどの概要

(1) 送迎できる範囲 新居浜市
 名称 有限会社デイサービスセンターふれんど
 所在地 新居浜市萩生2896番地2
 事業所番号 3870501016

(2) 職員の体制

	1単位		2単位		業務内容	計
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
管理者	名	名	名	名	業務の管理	名
生活相談員(うち1名…1単位2単位兼務)	名	名	名	名	相談・指導	名
看護師(機能訓練指導員兼務) (うち非常勤2名…1単位2単位兼務)	名	名	名	名	看護業務	名
介護福祉士(介護員に含まれる)	名	名	名	名	介護業務	名
機能訓練指導員 (常勤看護師兼務、按摩・マッサージ師)	名	名	名	名	機能訓練業務	名
介護員	名	名	名	名	介護業務	名
栄養士・調理(1単位2単位兼務)	名	名	名	名	栄養管理・調理等	名
事務員(1単位2単位兼務)	名	名	名	名	事務全般	名

(3) センターの設備等

	1単位	2単位
定員	21名	10名
食堂兼機能訓練室	65m ²	49m ²
浴室	一般浴槽	スロープ浴槽
静養室	1室	2室(1単位と共有)
相談室	1室(1単位と2単位共有)	
送迎車	6台(1単位と2単位共有)	

(4) 営業時間

受付時間	毎日 午前8時00分～午後5時30分
1単位 サービス提供時間	毎日 午前8時15分～午後5時00分
2単位 サービス提供時間	毎日 午前8時15分～午後4時15分

※ ただし12月31日～1月3日を除く

※ この時間は通常の時間です。利用者の心身の状況や家族の都合によってはこの限りではありません。

3. 提供するサービス内容

- ① レクリエーション
- ② 機能訓練
- ③ 生活相談
- ④ 食事
- ⑤ 入浴
- ⑥ 送迎
- ⑦ その他:洗濯は希望者のみ1回100円で行います。

4. 料金

(1) 基本額

① 基本サービス費

	基本料金	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額		
		1割負担のご利用者様	2割負担のご利用者様	3割負担のご利用者様
総合事業対象者・要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
総合事業対象者・要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

		介護保険適用時の1月あたりの自己負担額		
		1割負担のご利用者様	2割負担のご利用者様	3割負担のご利用者様
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円
栄養アセスメント加算/月1回まで	500円	50円	100円	150円
サービス提供体制強化加算Ⅲ・要支援1/月	240円	24円	48円	72円
サービス提供体制強化加算Ⅲ・要支援2/月	480円	48円	96円	144円
介護職員処遇改善加算Ⅴ(8)	「基本サービス費」と「(算定させていただいた)加算の合計金額に6.9%を掛け算出した単位			

- ③ 食事代 全額自己負担620円(昼食代 525円+おやつ代 60円+飲み物代 35円)
- ④ その他 上記の他、歯ブラシ代(100円)、プリント代1枚5円、おむつ代(パンツ100円、パッド30円)、その他、レク材料費等(希望者のみ)
- ⑤ キャンセル料 利用日当日の8:30までにお休みの連絡を頂けた場合にはキャンセル料は発生しません。ただし、当日8:30までにお休みの連絡がない場合には食事のキャンセル料として525円を請求させていただきます。
自己負担となります。

※ ③、④、⑤は介護保険外となります。
介護保険法改正等により、上記金額は変更になる場合があります。

(2) 利用料金の支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、7日以内にお支払いください。
お支払いいただきますと、領収書を発行します。
お支払方法は、現金、お振込み、口座自動引落の3通りの中からご契約の際に選べます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申込みください。当社職員がお伺いいたします。
サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、介護予防通所介護又は介護保険法に基づく第1号通所事業通所介護計画書を作成して、サービスの提供を開始します。

(2) 介護予防サービス計画(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。

(3) サービスの終了

① お客様の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週間前までに文書又は口頭でお申し出ください。
なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申し付けください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの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ヵ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、双方の文書が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 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)と認定された場合
- ・ その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、守秘義務に違反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が倒産した場合、お客様は文書で解約を通知することによってすぐサービスを終了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3ヵ月以上遅延し、料金のお支払いを催告したにも関わらず10日以内にお支払いが無い場合、またはお客様やご家族などが当社や当社のサービス従業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、文書で通知することにより、すぐサービスを終了させていただく場合があります。

6. 当センターの通所介護サービスの特徴等

(1) 事業の目的

指定通所介護の事業の適切な運営を確保する為に、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員・看護師又は、介護福祉士・介護員研修の修了者が、要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供する事を目的とする。

(2) 運営の方針

事業所の看護師・介護員等は、要介護等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を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護・日常動作訓練・レクリエーション等を実施、その他の生活全般にわたる援助を行う。

(3) サービスの利用のために

事 項	有・無	備 考
日曜日・祝日の実施の有無	有	
時間延長実施の有無	有	やむを得ない場合はご相談ください
従業員への研修の実施状況	有	年2回研修・実習を実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
送迎の有無	有	

サービスの利用のための留意事項

- ・ 共同生活の秩序を保ち、規律のある生活をお願いします。
- ・ 火気の取り扱いに注意してください。
- ・ けんか、口論、泥酔、中傷、その他他人の迷惑となる行為は行わないでください。
- ・ 貴重品及び現金は持参されないようにお願いします。万が一紛失されましたも責任は負いかねます。

7. サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用者相談・苦情担当

生活相談員 伊藤尚美 秋山さつき 高橋朱香
管 理 者 加藤一樹

② 苦情処理の体制

当センターに苦情申し立てがある場合、居宅介護支援事業所、又は市町村に申請し相談の上、当センターによる会議にて対応処理します。

③ その他

当センター以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

新居浜市役所 介護福祉課	電話： 0897-65-1241
新居浜市一宮町一丁目5番1号	FAX： 0897-37-3844
土・日・祝日・年末年始を除く 8:30～17:15	

8. 情報の開示

当事業所は利用者または、利用者の家族の求めに応じてサービス提供記録を開示します。

9. 当社の概要

名称	有限会社デイサービスセンターふれんど
代表者役職・氏名	代表取締役 受川 貴美代
本部所在地	新居浜市萩生2896番地2
電話番号	0897-40-2775
定款の目的に定めた事業	1 通所介護事業 3 居宅介護支援事業 9 介護保険法に基づく第一号通所事業 10 上記各号に付帯関連する一切の業務
施設・拠点等	1 通所介護 3 居宅介護支援

10. 個人情報の同意

- ① 個人情報の取得に際し正当な理由無く、業務上知り得た秘密を漏らす事はありません。
- ② 医療・居宅介護支援担当者、介護サービス担当者におけるサービス担当者会議等において知り得た個人情報を提供する場合があります。その場合の同意はこの書面により了承させて頂きます。

11. 非常災害対策

- ① 通所介護職員は事業所において災害など避難訓練を行います。
- ② 看護・介護・相談員、他の職員はいかなる災害の場合でもすぐに対応できるよう常に心がけながら利用者の介護を行います。
- ③ 非常災害の発生の際には事業が継続できるよう、他の社会福祉施設と連携及び協力を行体制を構築するように努めます。

12. 緊急時及び事故発生時の対応

- ① 通所介護員等は通所介護実施中利用者の病状が急変その他事故や緊急事態が生じた時は速やかに主治医・家族に報告します。主治医の指示にて処置を行います。

13. 衛生管理

- ① 使用する施設、食器その他の設備又は飲用する水などについて衛生的な管理を行います。
- ② 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じて、必要に応じて保健所の助言・指導を求めます。

14. 虐待防止

- ① 事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止などの為次のような措置を行います。
 - (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修を行います。
 - (2) 利用者及び家族からの苦情処理体制の整備を実施します。
 - (2) その他、虐待防止のために必要な措置の実施します。
- ② 事業所は、サービス提供中に当該事業所従事者又は養護者(利用者の家族など高齢者を現に擁護する者)による虐待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。

15. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
② なし			

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な説明をしました。

事業者	所在地	新居浜市萩生2896番地2
	名称	有限会社デイサービスセンターふれんど ⑩
説明者	職種	
	氏名	⑩

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者	住所	〒	⑩
	フリガナ	_____	
	氏名	_____	
代理人	住所	〒	⑩
	フリガナ	_____	
	氏名	_____	
		(続柄: _____)	

緊急時の対応連絡先

主治医	病院名	_____
	フリガナ 医師名	_____
	住所	_____
	電話番号	_____
家族の代表	フリガナ 氏名	_____
		(続柄: _____)
	住所	_____
	自宅電話番号	_____
	携帯電話番号	_____
	会社名	_____
	会社電話	_____

個人情報提供同意書

令和 年 月 日

(サービス提供時における各事業所等への資料提供に係る同意書)

私は、デイサービスセンターふれんど 及び サービス従業者が業務上知り得た、私ならびに
家族等の個人情報を医療上必要性がある、若しくはサービス事業者との連携を図るなどの
正当
な理由がある場合に、その情報を用いる事、さらに必要な情報を収集することに同意しま
す。

利用者

私は、上記内容に同意いたします。

住所

氏名

印

利用者代理人

私は、利用者の意思を確認しました。

住所

氏名

印

(続柄:)

家族の代表

私は、契約者及び、家族の個人情報を用いる事を同意します。

住所

氏名

印

(続柄:)

事業者

当事業所は、この同意書に定める個人情報を、責任をもって
管理保管いたします。

住所

☎792-0050 愛媛県新居浜市萩生2896-2

事業者

有限会社 デイサービスセンターふれんど

代表者

受川 貴美代

印