

デイサービスセンターみなみ（介護予防日常生活支援総合事業）

重要事項説明書

介護予防日常生活支援総合事業のサービス提供開始にあたり、厚生省令第38号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者の名称	社会福祉法人 心の会
事業者の所在地	沖縄県久米島町字嘉手苺533-1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	照屋 圭太
電話番号	098-985-3900
法人設立年月日	平成23年10月17日

2. ご利用の事業所

事業者の名称	デイサービスセンターみなみ
事業の種類	指定通所介護及び指定介護予防日常生活支援総合事業
事業者の所在地	沖縄県糸満市字糸満1736-8
管理者氏名	中村 寛樹
電話番号	098-995-1700
指定事業所番号	4771000462
指定年月日	平成26年10月1日

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要支援状態にある高齢者に対し、適切な指定介護予防通所介護を提供することを目的とする。
施設運営の方針	1、利用者の有する能力に応じて機能訓練を実施し、自立した日常生活を営むことができるよう、食事・入浴・排泄の介護、その他の生活全般にわたる援助を行う。 2、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービス機関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する。

4. 営業日

営業日	月曜日～土曜日 但し年末年始(12月31日～1月3日)及び台風(バス運行停止時)を除く
営業時間	午前8時15分～午後5時15分 サービス提供時間 午前9時30分～午後1時30分

5. 事業の実施地域

実施地域	糸満市
------	-----

6. 職員の職種、人数及び職務形態

1 利用定員 名

職種	定数	勤務内容
管理者	1名(常勤1名)	従業員の管理及び業務の管理を行い他の従業員と協力して介護計画の作成等を行う。
生活相談員	2名以上(うち常勤1名以上)	利用者の申し込みに係る調整、相談助言等を行う。
看護職員	2名以上(うち常勤1名以上)	利用者の体調、健康状態をチェックし、他の職員との連携に努め看護の立場で業務を遂行する。
機能訓練指導員	1名以上(うち常勤1名以上)	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。
介護職員	10名以上(うち常勤1名以上)	利用者の送迎をはじめ、レクリエーション、通所介護利用上の介助、その他コミュニケーションを図り、精神面においてもそれをサポートする。
事務員	1名以上(うち常勤1名以上)	介護保険請求業務及び経理事務を行う。

7. 提供するサービス内容

- ①送迎 ②健康チェック ③食事の提供 ④運動器機能力向上 機能訓練
⑤屋外活動（ドライブ等）⑥入浴サービス

8. 利用料金

利用料金は厚生労働大臣が定める「介護報酬告示上の額」とする。

《指定介護予防通所介護》（ ）内は自己負担割合分

介護度	利用回数	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
事業 対象者 要 支援 1	1月の中で4回まで (1回利用分)	436円	872円	1,308円
	1月の中で5回以上 (月額)	1,798円	3,596円	5,394円

介護度	利用回数	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要 支援 2	1月の中で8回まで (1回利用分)	447円	894円	1,341円
	1月の中で9回以上 (月額)	3,621円	7,242円	10,863円

《各種加算項目》

《各種加算項目》	月額 (1割)	月額 (2割)	月額 (3割)	内容
介護職員処遇改善 加算Ⅱ	※	※	※	算定した単位数の1000分の90に 相当する単位
サービス提供体制強化 加算Ⅱ(要支援1)	72円	144円	216円	介護職員に占める介護福祉士の割 合50%以上配置
サービス提供体制強化 加算Ⅱ(要支援2)	144円	288円	432円	

9. その他費用の額

食事代：1食450円。

趣味や諸行事等：そのつど徴収。

おむつ（原則実費）：紙おむつ（大）（中）・尿取りパット・リハビリ用パンツ 100円/枚

※その他の医療消耗品等についても、事業所設定価格にて対応とする。

10. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお問い合わせ下さい。担当ケアマネ、当該市町村へ確認します。
通所介護計画書と同時に契約を結び、サービスの提供を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了

①利用者及び保護者のご都合でサービスを終了する場合

- ・利用者及び保護者は、当該施設に対し、利用終了の意思表示をすることにより利用者の居宅サービス計画にかかわらず、契約に基づく通所利用を解除・終了することができる。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

- ・利用者及び保護者が、契約書に定める利用料金を2ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず7日間以内に支払われない場合。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- ・利用者が介護保健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、自立と認定された場合。
- ・利用者がお亡くなりになった場合又は被保険者資格を喪失された時。
- ・天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合。

11. 秘密の保持

- ・当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は保護者若しくはその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供は利用者及び保護者から、予め同意を得たものとして行うこととします。

① 介護保険サービス利用の為の担当者会議、市町村、居宅介護支援事業所その他の介護保険事業所、適切な在宅療養の為の医療機関等への情報提供。

② 介護保健サービスの質向上の為の学会、研究会等での事例研究発表。なお、この場合利用者個人を特定できないように仮名等を使用する事を厳守します。

③ 個人情報の利用目的

※利用者様に対する提供する介護サービス

※入院、退院、入所、及びサービス利用開始、停止等のサービス

※利用者の診療の為、外部の医師等の意見、助言を求める場合

※介護事故等の報告

※介護サービス向上の為

※介護実習等への協力

※その他、会計、経理事務、等の管理業務

④外部関係者への情報提供としての利用

※医療機関、居宅サービス事業者、居宅介護支援事業所、公的機関の連携

※業務委託の際

※損害賠償保険等に係る保険会社との相談または届出等

⑤職員教育について

- ・個人情報保護について適切に理解把握し意識改善のために研修等の参加も行ない資質向上に努める。

1 2. サービス提供記録の保管及び開示

当該指定通所介護のサービスの記録を利用終了の日から 5 年間保管し、利用者からの開示の請求がある場合には、速やかに開示します。

1 3. 苦情等受付窓口

ご利用時間	月曜日～土曜日 午前 8 時 1 5 分～午後 5 時 1 5 分
ご利用方法	電話 098-995-1700 面接 相談室及び苦情箱にて対応 (担当者 中村 寛樹)

行政機関その他苦情受付期間

糸満市役所 介護保険担当課	所在地 沖縄県糸満市潮崎 1 丁目 1 番地 電話 098-840-8133 FAX 098-840-8152
国民健康保険団体連合会 介護保険担当課	所在地 沖縄県那覇市西 3 丁目 1 4 番地 1 8 号 電話 098-860-9026 (FAX 兼用)
沖縄県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 沖縄県首里石嶺町 4 丁目 3 7 3 番地 1 号 電話 098-882-5704 FAX 098-882-5714
那覇市役所 ちゃーがんじゅう課	所在地 沖縄県 那覇市 泉崎 1 丁目 1 番 1 号 電話 098-862-9010 FAX 098-862-9648
沖縄県介護保険広域連合 <構成市町村> 豊見城市 障がい・長寿課	所在地 沖縄県中頭郡読谷村字比謝 55 番地比謝缸複合施設 2 階 電話 098-911-7501 FAX 098-911-7506 電話 098-856-4292

八重瀬町 社会福祉課	電話 098-998-9598
南城市 社会福祉課	電話 098-946-8996
与那原町 福祉課	電話 098-945-1525
南風原町 保健福祉課	電話 098-889-4416

14. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。

15. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族や市町村、居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。

16. 非常災害時の対応

サービス提供中に非常災害が発生した場合には、速やかに利用者の家族や市町村、居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。

17. 非常災害時の対応

サービス提供中に非常災害が発生した場合には、速やかに御家族や市町村、居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。

18. 通所介護計画書の作成等

居宅サービス計画に基づいて、利用者の身体的・精神的状況に応じた当該サービスの通所介護計画書を作成し、利用者、家族に説明し交付します。個別援助計画に記載されたサービスを実施し、継続的なサービスの管理、評価を行います。

19. 損害賠償について

利用者に対する指定通所介護の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

20. 衛生管理及び事業所従業者等の健康管理について

事業者は、指定通所介護に使用する備品を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意します。

2 1 . 福祉サービス第 3 者評価の実施状況

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

指定介護予防・日常生活支援総合事業通所型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、同意のうえ交付しました。

令和 年 月 日

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定介護予防・日常生活支援
総合事業通所型サービス提供開始の説明に同意し、受領しました。

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

代理人住所 _____

氏名 _____ 続柄 () 印