

# デイサービスセンターとよさき

## 重要事項説明書

通所介護サービス提供開始にあたり、介護保険法に基づいて、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	有限会社シニアネットワーク研究所
事業者の所在地	沖縄県豊見城市字翁長 8 6 9 番地
法人種別	有限会社
代表者名	照屋 圭太
電話番号	098-891-6191
法人設立年月日	平成 1 7 年 1 2 月 1 2 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とよさき
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	沖縄県豊見城市字翁長 8 6 9 番地 1 階
管理者氏名	金城 宏樹
電話番号	098-891-6166
指定事業所番号	4 7 7 5 4 0 0 2 2 1
指定年月日	平成 1 9 年 1 2 月 1 日

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な指定通所介護及び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 (但し、サービス提供時間は午前9:00～午後4:30)

#### 5. 指定通所介護及び指定介護予防通所介護の利用定員

①利用者の定員は1単位45人

#### 6. 事業の実施地域

実施地域	那覇市 豊見城市 糸満市 南風原町 八重瀬町
------	------------------------

#### 7. 職員の職種、人数及び職務形態

職種	員数(定数)	職務内容
管理者	1名 常勤1名	従業者の管理及び業務の管理を行い、他の従業者と協力して介護計画の作成等を行う。
生活相談員	3名 常勤3名	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	3名 常勤3名	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	3名 常勤3名	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	14名 常勤9名以上	利用者の送迎、入浴、食事、その他の日常生活の支援、アクティビティ、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。

#### 8. 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入浴
- ⑤個別機能訓練 / 集団機能訓練
- ⑥レクリエーション  
屋外活動(ドライブ等)
- ⑦日常生活動作訓練

## 9. 利用料金

①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。

②提供した指定通所介護が法定代理受領サービスの場合、利用者の自己負担額は、介護保険法に基づき、利用者の負担割合が記載された「介護保険負担割合証」の割合額に応じ、介護報酬告示上の額の1割、2割又は3割となります。

### 《指定通所介護》自己負担1割、2割又は3割の場合

介護度種別	利用時間	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
要介護 1	3時間～4時間	370円	740円	1,110円
	4時間～5時間	388円	776円	1,164円
	5時間～6時間	570円	1,140円	1,710円
	6時間～7時間	584円	1,168円	1,752円
	7時間～8時間	658円	1,316円	1,974円
要介護 2	3時間～4時間	423円	846円	1,269円
	4時間～5時間	444円	888円	1,332円
	5時間～6時間	673円	1,346円	2,019円
	6時間～7時間	689円	1,378円	2,067円
	7時間～8時間	777円	1,554円	2,331円
要介護 3	3時間～4時間	479円	958円	1,437円
	4時間～5時間	502円	1,004円	1,506円
	5時間～6時間	777円	1,554円	2,331円
	6時間～7時間	796円	1,592円	2,388円
	7時間～8時間	900円	1,800円	2,700円
要介護 4	3時間～4時間	533円	1,066円	1,599円
	4時間～5時間	560円	1,120円	1,680円
	5時間～6時間	880円	1,760円	2,640円
	6時間～7時間	901円	1,802円	2,703円
	7時間～8時間	1,023円	2,046円	3,069円
要介護 5	3時間～4時間	588円	1,176円	1,764円
	4時間～5時間	617円	1,234円	1,851円
	5時間～6時間	984円	1,968円	2,952円
	6時間～7時間	1,008円	2,016円	3,024円
	7時間～8時間	1,148円	2,296円	3,444円

各種加算項目	日 額	内 容
入浴介助加算（Ⅰ）	40 円/1 回	介護計画に基づき入浴介助を行った場合
機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 円/1 回	機能訓練計画に基づき訓練を行った場合
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 円/1 回	介護福祉士の有資格者 50%以上の配置
中重度ケア体制加算	45 円/1 回	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築
処遇改善加算	※	算定した単位数の 9%に相当する単位

## 10、その他費用の額

食事代：1食 555 円。

趣味や諸行事等：そのつど徴収。

おむつ代（原則実費）：紙おむつ（大）90 円/枚 （中）60 円/枚

パット 40 円/枚 リハビリ用パンツ 150 円/枚

## 11. サービスの利用方法

### （1）サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込み下さい。当事業所職員がお伺い致します。

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されている場合は、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ます。

#### ②当事業所より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
- ・自傷、他害行為等、集団でのサービス利用が困難と事業所が判断する場合

#### 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いたします。

- ・利用者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、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。

## 1.2. 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国会議、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介護保険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。

## 1.3. 苦情等受付窓口

ご利用時間	月曜日～土曜日 午前8時15分～午後5時15分
ご利用方法	電話 098-891-6166 面接 相談室及び苦情箱にて対応 担当者（金城／渡嘉敷）

### 行政機関その他苦情受付機関

豊見城市 介護長寿係	所在地 沖縄県豊見城市宜保1丁目1番地1 電話番号 098-856-4292
糸満市 福祉部介護長寿課	所在地 沖縄県糸満市潮崎町1丁目1番地 電話番号 098-840-8133
那覇市 福祉部ちゃーがんじゅう課	所在地 沖縄県那覇市泉崎1-1-1 電話番号 098-862-9010
南風原町 保健福祉部	所在地 沖縄県南風原町字兼城686 電話番号 098-889-4416 FAX 098-889-7657
八重瀬町 社会福祉課	所在地 沖縄県八重瀬町字東風平1188番地 電話番号 098-998-9598
南部福祉事務所 地域福祉班	所在地 沖縄県南風原町宮平212 電話番号 098-889-6364
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3丁目14番地18号 電話番号 098-882-9026 (FAX兼用)
沖縄県福祉サービス運営適 正化委員会	所在地 沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1 電話番号 098-882-5704 FAX 098-882-5714

#### 1 4. 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。

#### 1 5. 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。

また、サービス提供中に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うものとします。

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、同意のうえ交付しました。

令和 年 月 日

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

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、指定通所介護サービスの提供開始の説明に納得同意し、受領しました。

利用者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_