

重要事項説明書

(通所介護)

利用者：_____様

事業者：デイサービスセンター かたばる

通所介護重要事項説明書

1 事業者の概要

法人名称	恩納村社会福祉協議会
代表者名	会長 平良 幸夫
法人所在地	沖縄県国頭郡恩納村字恩納6302番地
電話番号	098-966-1150
法人設立	昭和50年10月4日

2 事業所 デイサービスセンター かたばる の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイサービスセンター かたばる
所在地	沖縄県国頭郡恩納村恩納6302番地
介護保険指定番号	4771600022
サービス提供地域	恩納村 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。

(2) 営業日及びサービス提供時間

月曜日 ～ 土曜日	午前9:30 ～ 午後4:00
-----------	-----------------

(3)

	資 格	常 勤		非 常 勤		計
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	介護福祉士・社会福祉主事		1名			1名
生活相談員	介護福祉士・介護支援専門員		3名			3名
看護職員	看護師・准看護師		2名		1名	3名
介護職員	介護福祉士・ヘルパー2級	1名	2名	3名		6名
機能訓練指導員	正・准看護師		2名		1名	3名

(3) 職員業務内容

(管理者)

- ・指定通所介護の利用の申込に係る調整
- ・業務の実施状況の把握 その他の管理を一元的に行う
- ・従業者に規程を遵守させるため必要な指揮命令を行う

(生活相談員)

- ・指定通所介護の利用の申込に係る調整
- ・サービス利用の説明に関すること。
- ・利用者及び家族からの苦情への対応・処理に関すること。

(介護職員)

- ・利用者の送迎・移動・食事・入浴・着脱介護等。
- ・生活状況に関すること（食事摂取の把握及び身体状況の把握等）

(看護師)

- ・利用者の健康管理・相談・助言等にあたる。
- ・利用者の医療処理等に関すること。
- ・利用者の健康モニタリングに関すること。

(機能訓練指導員)

- ・日常生活を営むのに必要な機能の維持、改善及び減退を防止する為の訓練・指導・助言

3 サービス内容

- 身体介護

介助が必要な利用者に対し移動・移乗、着衣交換・排泄介助を行います。

- 健康管理

看護師により体温・血圧等のバイタルチェックを行い、必要な方は昼食等に薬剤投与を行います。又、緊急等必要に応じ利用者の主治医又は協力医療機関等に責任をもって引き継ぎします。

- 入浴サービス

入浴介助又は清拭を行い寝たきり、麻痺等で普通入浴が難しい方はシャワーストレッチャーを用いての入浴が可能です。

- 食事のサービス

調理師が心を込めた献立による季節感にあふれる食事をし、利用者の状態に合わせた（常食・キザミ食・ミキサー食）食事を提供します。

- レクリエーション

利用者の能力に応じ、集団的に行うレクリエーション（ボランティアの方による操体法・足裏マッサージ・琉舞など体験できます。）を通して色々な訓練を行い又年間余暇活動等を企画します。

主な備品

（ビリヤード・輪投げ・ボーリング・卓球・カラオケなど）

主な年間行事

（誕生日会・納涼祭・ミニドライブ・初詣など）

- 利用者宅への送迎

利用者の居宅と事業所までの送迎を行います。又、体の不自由な方は、車いすのままリフト車をご利用いただけます。（移動、移乗動作の介助）

- 運動機能の維持向上

機能訓練指導員による利用者の身体状況に適合した機能訓練を行い身体機能の低下を防止するよう努めます。

主な訓練機器

（平行棒・椅子式自転車・筋力トレーニング機器等）

- 相談及び援助

利用者及びその家族からいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。その他必要な相談を受けた場合には、社会福祉協議会のネットワークを通じて誠意をもって対応対応いたします。

4 利用料金

（1）利用料（5～6時間未満）

介護保険適用	単位	一割自己負担分	全額自己負担分
要介護1	570単位	570円	570円×10割（5,700円）
要介護2	673単位	673円	673円×10割（6,730円）
要介護3	777単位	777円	777円×10割（7,770円）
要介護4	880単位	880円	880円×10割（8,880円）
要介護5	984単位	984円	984円×10割（9,840円）
入浴介助加算（Ⅰ）	40単位	40円	40円×10割（400円）
入浴介助加算（Ⅱ）	55単位	55円	55円×10割（550円）

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。

※一定以上の所得がある方は、原則として利用料の2割、3割になります。

(1) 利用料（6～7時間未満）

介護保険適用	単位	一割自己負担分	全額自己負担分
要介護1	584単位	584円	584円×10割（5,840円）
要介護2	689単位	689円	689円×10割（6,890円）
要介護3	796単位	796円	796円×10割（7,960円）
要介護4	901単位	901円	901円×10割（9,010円）
要介護5	1008単位	1008円	1008円×10割（10,080円）
入浴介助加算（Ⅰ）	40単位	40円	40円×10割（400円）
入浴介助加算（Ⅱ）	55単位	55円	55円×10割（550円）

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。

※一定以上の所得がある方は、原則として利用料の2割、3割になります。

※加算

・介護職員処遇改善加算Ⅰ（5.8%）、特定処遇改善加算Ⅱ（1.0%）、ベースアップ加算（1.1%）

・令和6年6月より介護職員処遇改善加算Ⅱ（9.0%）自己負担月額

介護保険給付対象サービス自己負担月額（総月額）の9.0%

（総月額が1,000円とすると90円の加算で合計1,090円となります。）

注）処遇改善加算は、事業者が受け取る費用については、中間搾取することなく、介護職員に全額手渡す算定ルールになっており、人件費分を「加算」という形での利用者負担とさせていただきます。

○実費をいただくもの（介護保険適用外）

食材料費用	450円	
レクリエーション材料費	実 費	
オムツ代	尿取りパット	1枚 20円
	パンツタイプ	1枚 130円

(2) キャンセル料金

キャンセル料は、ご連絡の無い場合（食事等の準備あり、食材料費キャンセル料頂きます）ご利用当日の8時45分までに、ご連絡ください。

(3) 料金の支払方法

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ので、月末までに現金または、金融機関口座引き落としにて お支払いください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。来所いただき 重要事項説明を行います 来所できない場合は、当社職員がお伺いいたします。重要事項説明を行った後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) サービスの終了

① 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週間前までに文書でお申し出ください。

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〕または要支援と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
 - ・ お客様が亡くなられた場合
- 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て社会通念を逸脱する行為を行った場合、また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 3 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、また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わ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、中止することがあります。
 - ・ 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あります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
 - ・ 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。

6 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、速やかに救急隊、主治医、親族、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等へ連絡する等の措置を行います。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
	氏名	
	連絡先	

7 非常災害対策

事業所は、非常災害が発生した場合に備え、その対策に必要な具体的な計画の策定をするとともに、計画に基づき非難、救出その他必要な訓練を毎年 1 回以上実施し、非常災害対策に万全を期します。

8 衛生管理

事業所は、通所介護に使用する備品を清潔に保持し、定期的毒を施す等、常に衛生管理に十分留意します。

9 事故発生時の対応

事業所の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、当核利用者の家族、当核利用者に係る居宅介護支援者等に係る居宅介護支援業者に対して連絡を行い等必要な処置を行います。

10 留意事項

利用に当たっては、医師の診断や日常事項の留意事項、利用当日の健康状態を事業所の従事者に連絡し、心身状態に応じたサービスの提供を受けること。

事業所内では、飲酒はおこなわないこと。

事業所内での喫煙は、事業所の定めた場所で行うこと。

緊急時や災害時には、従業者の指示に従うこと。

11 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

事業所名：デイサービスセンターかたばる TEL：098-966-1150

担当 相談員 大城 真則

当事業所以外に下記の相談・苦情窓口にご相談することができます。

恩納村役場福祉健康課 (介護保険担当)	所在地	恩納村字恩納2451番地		
	電話番号	098-966-1207	FAX	098-966-1266
	受付時間	午前8時30分～午後5時15分		
沖縄県介護保険広域連 合 (適正対策係)	所在地	読谷村字比謝町 55番地		
	電話番号	098-911-7502	FAX	098-911-7506
	受付時間	午前8時30分～午後5時		
国民健康保険団体連合 会 (介護苦情相談室)	所在地	那覇市旭町35番地		
	電話番号	098-921-9026	FAX	電話兼用
	受付時間	午前8時30分～午後5時		
沖縄県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地	那覇市首里石嶺町4-373-1		
	電話番号	098-882-5704	FAX	098-882-5714
	受付時間	午前8時30分～午後5時		
恩納村社会福祉協議会	所在地	恩納村字恩納6302番地		
	電話番号	098-966-1150	FAX	098-966-1152
	受付時間	午前8時30分～午後5時30分		

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

12 高齢者虐待防止等の取り組み

利用者の人権の擁護、虐待を防止等の観点から、虐待の発生又は再発防止するための委員会の開催、方針の整備、研修の実施、担当者を定めます。

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、身体的拘束等を行う場合の記録を義務付けます。

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項 説明を行い 交付しました。

事業者 社会福祉法人 恩納村社会福祉協議会

所在地 沖縄県国頭郡恩納村字恩納6302番地

事業所名 デイサービスセンター かたばる

説明者

氏 名 _____ 印 _____

職 名 _____ 生活相談員 _____

令和 年 月 日

私は、本書面により、事業所から通所介護について重要事項の説明、 交付を受け サービス提供の開始に同意します。

利用者住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

続 柄 _____