

通所介護・重要事項説明書（デイサービスセンターあいの里竜間）

1 事業所の概要

事業所名 デイサービスセンターあいの里竜間			
所在地 大阪府大東市大字龍間673番地3			
提供可能サービス および 介護保険事業者番号	サービスの種類		事業所番号
	通所介護		2771900145号
管理者及び連絡先			氏名
			兼俊 龍彦
			連絡先
			072-869-0788
サービス提供地域	提供地域		
	大東市・四條畷市		

2 事業の目的および運営方針

(1) 事業の目的

要介護状態の高齢者の方に対して、意思および人格を尊重し利用者の立場に立った適正な通所介護を目的としています。

(2) 運営方針

ア。自立した日常生活を営むことができるよう、必要なお世話等を行います。

イ。要介護状態の悪化の防止、また予防に資するよう必要な援助を行います。

ウ。事業の実施に当たっては、関係機関と綿密な連携を図り、総合的なサービス提供を行います。

3 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービス種類・業務	人 員
デイサービス管理者	管理者	1名
デイサービス・相談員	現場責任者	1名
デイサービス・介護職員	介護スタッフ	6名（1名は相談員を兼務）
デイサービス・看護職員	健康チェック等	3名

4 営業時間

サービス種類	平日	土曜日	日曜以外の祝祭日	日曜日
デイサービスセンターあいの里竜間	10:00～16:20	10:00～16:20	10:00～16:20	休業

5 主たるサービスの内容

※介護保険法で定める以下の通所介護サービスを提供します。

- 1 相談援助 利用者様やそのご家族の介護を主とした生活相談等の対応
- 2 健康チェック 体温・血圧・脈拍の測定等
- 3 入浴 職員介助による入浴（一般浴、リフト浴）
- 4 食事等 昼食・おやつを提供
- 5 送迎 利用者様のご自宅から事業所までの送迎
- 6 レクリエーション 余暇活動の提供
- 7 その他 その他必要な日常生活上の世話等
- 8

6 利用料金

下記の基本料金および加算は介護保険法で定める通所介護サービスの報酬単価です。

(1) 基本料金・加算【通常型通所介護】

要介護 1	5時間～7時間	611円	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助加算 54円/日 ・サービス提供体制加算 7円/日 ・中重度ケア体制加算48円/日
要介護 2	5時間～7時間	722円	
要介護 3	5時間～7時間	833円	
要介護 4	5時間～7時間	945円	
要介護 5	5時間～7時間	1,056円	

居宅介護サービス費用基準額または、居宅支援サービス費用の1割

(法令により給付率が9割でない場合はそれに応じた割合)

個人負担に帰すべき、食費等の金額

昼食代とおやつ代

合計一日あたり560円頂きます。

7 その他

ア 交通費は、通常のサービス提供地域（又は送迎地域）以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費相当）が必要になります。（別途見積りいたします）

イ 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします）

B 現金支払い（月1回お支払い願います）

ウ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載いたします。

居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求することになります。

※ 介護保険以外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を越える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることとなります。）

8 虐待防止について

利用者の人権の擁護、虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

9 秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）

事業者および従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族の秘密を、正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

10 緊急時等における対応方法

現に通所介護の提供を行っているときに利用者に病状等の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに医療機関への連絡を行う等の措置を講じます。

11 事故発生時の対応および損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）

(1) 事故発生時の対応

本事業所が利用者に対して行う通所介護の提供により、事故が発生した場合には、速やかに、利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、本事業所が利用者に対して行った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。

(2) 損害賠償保険への加入（契約書第9条）

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 株式会社 損害保険ジャパン
保険名 社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」

キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。
全体窓口（連絡先）電話：072-869-0788
- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。
- (3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無料	
サービス利用日の前日	利用者負担金の50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

1.2 苦情について

(1) 苦情処理の体制および手順

苦情または相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面および今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

(2) 苦情の受付について（契約書第11条参照）

① 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用回線で受け付けます。

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当法人お客様相談窓口	電話番号	072-869-0788
	ファックス番号	072-869-0577
	相談責任者	河村 誠一 兼 俊 龍彦
	対応時間	平日の午前9時～午後6時

○公的機関においての相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

大東市お客様相談窓口	電話番号	072-872-2181
	ファックス番号	072-872-8080
	相談責任者	大東市介護保険課
	対応時間	平日の午前9時～午後5時

大阪府国民健康保険団体連合会（国保連）	電話番号	06-6949-5418
	ファックス番号	06-6949-5417
	相談責任者	介護保険課第3係
	対応時間	平日の午前9時～午後5時

1.3 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 敬信福祉会	
代表者名	理事長 兼 俊 佐 代 美	
法人所在地・電話業務の概要	大阪府大東市大字龍間673番地3 072-869-0788 特別養護老人ホーム1ヶ所・ショートステイ1ヶ所・ケアハウス1ヶ所 デイサービスセンター1ヶ所・ 通所介護事業所 ケアプランセンター1ヶ所・ヘルパーステーション1ヶ所 グループホーム2ヶ所・小規模多機能ホーム1ヶ所	
事業所数	10事業所	

1.4 通所介護のサービスの説明

A サービス内容

- (1) 「通所介護サービス」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）生活等に関する相談・助言・健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話等を行うサービスです。
- (2) 上記サービス内容の提供の実行にかかわる曜日・時間等の詳細の決定については、利用者の了解のもと介護支援専門員と協議のうえ決定します。
- (3) サービス提供にあたっては、「通所介護計画書」に沿って提供します。

B 提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、「連絡帳」に記入します。なお、あらかじめ定めた記録を、利用者の求めに応じて閲覧及び確認を行います。
- (2) 事業者は、一定期間ごとに（又は6ヶ月ごとに）記録の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成の状況等に関する記録を作成（完成）して、利用者の求めに応じて説明の上交付（するとともに、居宅介護支援事業者に提出）します。
- (3) 事業者は、前記「サービス提供表・通所介護記録書」等の記録を作成完成後2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は複写代金（実費相当額）によりその写しを交付します。

C サービス提供責任者等

サービス提供の責任者は、次のとおりです。

サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名：河村 誠一 ・ 兼俊 龍彦 連絡先（電話） 072-869-0788

D 利用者負担金

- (1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。
（※又は、介護保険の法定利用料の範囲内で当法人が設定した金額です）
- (2) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を越える場合を含む）には、全額自己負担となります。その際、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることとなります。
- (3) 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。
 - A・自動口座引き落とし
（毎月23日〔金融機関休業日のときは翌営業日〕にご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます）
 - B・現金支払い（当方よりの請求書の内容を確認の上、お支払いいただきます）

E キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する場合には、すみやかに次の連絡先（又は前記のサービス責任者連絡先）までご連絡ください。

連絡先（電話） : 072-869-0788

- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。
- (3) キャンセル料は、利用者負担のお支払いに合わせてお支払いいただきます。
キャンセル料の料金は、6その他の項キャンセルに記載しています。

F その他

- (1) サービス従事者に対する贈り物や飲食などのもてなしは、ご遠慮させていただきます。

【確認欄】

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業者

大阪府大東市大字龍間673番地3
社会福祉法人 敬信福社会 理事長 兼俊 佐代美 印

説明担当者名 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

ご利用者 住所

氏名 印

ご家族又は代理人 住所

氏名 印