

デイサービスセンターベリル

重要事項説明書

当事業所は美作市の指定を受けています。
(第3373700750号)

当事業所はご契約者に対して（介護予防）通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。

この「重要事項説明書」は、美作市指定の地域密着型サービスに関する規準を定める条例の規定に基づき、指定地域密着型（介護予防）通所介護サービス提供契約締結の際して、ご注意くださいことを説明するものです。

*当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」または「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 苦情の受付について	5
7. 緊急時の対応方法	5
8. 事故発生時の対応方法	5
9. サービス利用に当たっての留意事項	5
10. 運営推進会議の設置	6
11. サービスの第三者評価の実施状況	6

1. 事業者

- (1)法人名 有限会社 美作名倉堂
(2)法人所在地 岡山県美作市栄町71-1
(3)電話番号 0868-72-5720
(4)代表者氏名 代表取締役 森 本 正 章
(5)設立年月 平成12年4月7日

2. 事業所の概要

- (1)事業所の種類 地域密着型通所介護（平成28年4月1日指定）
美作市介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防通所サービス（平成30年4月1日指定）
第3373700750号
- (2)事業所の目的 要支援、要介護状態にある高齢者等に対して適正な（介護予防）
通所介護を提供することを目的とする。
- (3)事業所の名称 デイサービスセンターベリル
- (4)事業所の所在地 岡山県美作市栄町70-1
- (5)電 話 番 号 0868-72-5720
- (6)管理者 氏 名
- (7)当事業所の運営方針 ご契約者が可能な限りその居宅において、その有する能力に
応じた自立した日常生活を営むことができるよう必要な日常
生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、ご契約者の社
会的孤独感解消及び心身機能維持並びにご契約者家族の身体
的及び精神的負担軽減を図る。
- (8)開 設 年 月 平成24年 7月 1日
- (9)利 用 定 員 午前10人 午後10人
- (10)建物の構造 鉄筋コンクリート 平屋建て
- (12)建物の延べ床面積 186.88 m²
- (13)事業所の周辺環境 住宅街であるが、日中は静かで自然環境にも恵まれている。
又、市役所、市民センター、各科医療機関に隣接している。

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1)通常の事業の実施地域 美作市
- (2)営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日(但し、12/30～1/3を除く)
営 業 時 間	月～金、 8:30 ～ 17:30
内サービス提供時間	月～金、 9:00 ～ 12:00 13:30 ～ 16:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈配置職員の職種〉

介護職員・・・ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・援助を行います。

5名のご契約者に対して1名の介護職員を配置しています。

生活相談員・・・ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名の生活指導員を配置しています。

機能訓練指導員・・・ご契約者の機能訓練を担当します。

1名の機能訓練指導員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉*職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 管 理 者	1 名	1 名
2. 生活相談員	1 名以上	1 名
3. 介護職員	1 名以上	1 名
4. 機能訓練指導員	1 名以上	1 名

*常勤換算：職員それぞれ週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間 8：30～17：30
2. 機能訓練指導員	勤務時間 9：00～16：00
3. 生活相談員	勤務時間 8：30～17：30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

（1）介護保険の給付となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の内、自己負担分を除いた額が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 排泄介助

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

② 個別機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

③ 送迎

- ・障害の程度、地理的条件により送迎を必要とするご契約者については専用車輛により送迎を行う。また、必要に応じて送迎車輛への昇降及び移動の介助を行う。

〈サービス利用料金(1月あたり)〉(契約書第6条参照)

別紙 料金表により、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（負担割合証による自己負担額）をお支払いください。（別紙料金表参照）

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2)介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第6条参照)*

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① レクリエーション、野外活動等に係る費用

ご契約者の希望によりレクリエーションや野外活動に参加していただきます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

② 複写物の交付

ご契約者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代・・・実費をご負担いただきます。

(3)利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

前記の料金・費用は、サービス利用終了後、月末締め 翌月請求とさせていただきます。

(4)利用の中止、変更、追加(契約書第7条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、(介護予防)通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の自己負担相当額

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について(契約書第20条参照)

(1)当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 (有) 美作名倉堂 岡山県美作市栄町 71-1

担当者 ; 管 理 者 電話 (0868-72-5720)

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9:00～17:00 (但し、12/30～1/3 を除く)

また、苦情受付ボックスを美作名倉堂接骨院受付玄関に設置しています。

(2)行政機関その他苦情受付機関

美作市保健センター 高齢者福祉課	所在地 電話番号 受付時間	岡山県美作市北山390-2 (0868)72-7701 月～金 9:00～17:00
勝央町役場 健康福祉部	所在地 電話番号 受付時間	岡山県勝田郡勝央町平242-1 (0868)38-7102 月～金 9:00～17:00
奈義町役場 保険相談センター	所在地 電話番号 受付時間	岡山県勝田郡奈義町豊沢327-1 (0868)36-6700 月～金 9:00～17:00
岡山県 国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	岡山県岡山市桑田町17-5 (086)223-8811 月～金 9:00～17:00

7. 緊急時の対応方法

利用者様の心身の状況に異変、その他緊急事態が生じた場合は速やかに主治医に連絡し、救急車を要請するなど適切な措置を講じる。

8. 事故発生時の対応方法

利用者に対する（介護予防）通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。又、事故の状況及び事故に際して執った処置について記録を残し、利用者に対する賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行う。

9. サービス利用に当たっての留意事項

通常の（介護予防）通所介護サービス及び機能訓練等において主治医等からサービスの内容に対して制限の指示がある場合、又は当日体調不良でサービスの提供が不可能と判断される場合は計画を変更するか、利用を中止することがある。

10. 運営推進会議の設置

当事業所では、（介護予防）通所介護サービスにあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞

構 成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等

開 催：6ヶ月に1回以上開催

議事録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

11. サービスの第三者評価の実施状況について

- | | |
|-----------------|----|
| (1) 第三者評価の実施の有無 | 無し |
| (2) 実施した直近の年月日 | 無し |
| (3) 第三者評価機関名 | 無し |
| (4) 評価結果の開示状況 | 無し |

指定（介護予防）通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

デイサービスセンターベリル

説明者職名 管理者

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）通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住 所 美作市

氏 名 _____ 印 _____

家 族 住 所

氏 名 _____ 印 _____