

デイサービス元気庵 錬

重要事項説明書(地域密着型通所介護・介護予防通所介護)

当事業所は、ご契約者に対して指定(地域密着型通所介護・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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定地域密着型通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所

平成28年 11月 1日 指定 4670107426号

(2) 事業所の目的

①ご利用者様が居宅において、その有する能力に応じて、自立した生活を営む
ことができるよう努めるものとします。

②ご利用者様の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、並びにご利用者様の
家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものとします。

③小規模で行う事により明るく家庭的な雰囲気の中で、人間関係の密度を高め
ながら、心の安定を図り精神の改善を目指すものとします。

(3) 事業所の名称 デイサービス 元気庵 錬

(4) 事業所の所在地 〒890-0007 鹿児島市 伊敷台 7丁目 27番 26号

(5) 連絡先 TEL099-248-8400 FAX099-248-8401

(6) 管理者名 東 和久

(7) 開設年月 平成22年 11月 1日

(8) 利用定員と単位数 定員 1単位 10人

2. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

鹿児島市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜 および 平日の祝日
休業日	日曜、お盆(8/13～8/15)および 年末年始(12/30～1/3)
営業・受付時間	8時00分～17時30分
サービス提供時間	9時00分～17時00分

3. 職員の職種、職務の内容

- (1)生活相談員 ご利用者様からの相談役を担当します。
- (2)介護職員 通所介護の介助全般をサポートします。
- (3)機能訓練指導員 機能回復訓練を担当します。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1)<サービスの概要>

- ① 送迎および乗降介助サービス
- ② 健康状態の確認
- ③ 機能回復訓練(日常動作訓練)
- ④ 生活等に関する相談及び助言
- ⑤ 介護方法の指導および助言
- ⑥ 通常介助(移動、移乗、排泄、更衣など)の介護サービス
- ⑦ その他のサービス
- ⑧ 食事サービス
- ⑨ 入浴サービス

(2)デイサービス利用料(自己負担額)

①地域密着型通所介護サービス費（自己負担1割の場合）

サービス提供時間 要介護度区分	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護 1	416円	436円	657円	678円	753円
要介護 2	478円	501円	776円	801円	890円
要介護 3	540円	566円	896円	925円	1,032円
要介護 4	600円	629円	1,013円	1,049円	1,172円
要介護 5	663円	695円	1,134円	1,172円	1,312円
個別機能訓練加算 I 1			56円		
入浴介助加算 I			40円		

地域密着型通所介護サービス費 + 個別機能訓練加算 I 1 56円

+ 入浴加算 40円 = 1回分の自己負担額となります。

※ 別途合計額に介護職員処遇改善加算が加わります。

②介護予防通所介護サービス費

要支援区分	自己負担額（1割の場合）
要支援1	1月につき 1,798 円
要支援2	1月につき 3,621 円

※ 介護予防通所介護サービス費 1月分の自己負担額となります。

※ 別途合計額に介護職員処遇改善加算が加わります。

③その他の料金

- ・昼食代 650円
- ・レクリエーション、クラブ活動に参加される場合には利用料、材料費等の実費をいただきます。

- ・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。

【おむつ代内訳】

紙パンツ	例:150円
リハビリパンツ	例:150円
フラット	例:130円
尿取り	例: 50円

(3)利用の中止および変更

ご契約者の都合により、サービスの利用を中止することができます。

この場合にはサービスの実施前までに事業者に申し出てください。

また変更などを希望する場合は、いつでも事業所に申し出て下さい。

該当利用者に係る居宅介護支援事業所への連絡、その他の必要な援助を行います。

5. 通所利用にあたっての留意事項

- ・喫煙…所定の場所にて
- ・所持品、備品等の持ち込み…要相談
- ・金銭、貴重品の管理…自己管理
- ・宗教活動…禁止
- ・ペットの持ち込み…禁止
- ・職員への金品授受…禁止

6. 禁止事項

多くの方に安心して通所サービスを利用していただくために、ご利用者様の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7. 事故の対応時について

サービス提供により事故が発生した場合には、市町、家族、居宅介護支援事業所への連絡など必要な措置を講じ、事故の状況や事故に関して採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

8. 個人情報について

当施設ではご利用者様の個人情報については下記の目的で利用し、その扱いには万全の体制で取り組んでいますが、個人情報の取扱いについて以下の使用目的にご同意いただけますようよろしくお願ひ致します。

【当施設でのご利用者様の個人情報の利用目的】

＜当施設内での利用＞

- ① ご利用者様の介護サービス
- ② 事務所内での管理
- ③ サービスの向上に対しての会議、委員会活動(サービス担当者会議を含む)
- ④ 会計、経理
- ⑤ 施設内実習
- ⑥ 介護の質の向上を目的とした施設内研修
- ⑦ 面会者への対応
- ⑧ その他、ご利用者様に関する管理運営業務

＜当施設外への情報提供としての利用＞

- ① 他の医療機関、事業所、介護支援専門員等への情報提供
- ② 他の医療機関、事業所、介護支援専門員等からの照会への回答
- ③ 検体検査業務等の業務委託
- ④ ご家族等第三者への病状説明
- ⑤ 保険事務の委託
- ⑥ 審査支払期間へのレセプトの提供
- ⑦ 審査支払期間または保険者からの照会への回答
- ⑧ その他、ご利用者様への介護保険事務に関する利用

＜その他＞

- ① 介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- ② 外部監査機関への情報提供

9. 苦情の受付について

当事業所は苦情受付窓口を設置しており利用者・家族からの苦情に迅速に、適切に対応します。また、本事業所への苦情や意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

行政機関その他苦情受付機関

鹿児島市役所 介護保険課	〒892-8677 鹿児島市山下町11-1 電話番号 099-216-1277
鹿児島県国民健康保険団体連合会 (介護保険課介護保険係) 介護相談室	〒892-8677 鹿児島市鴨池新町6-6 南国ビル7階 電話番号 099-213-5122
社会福祉法人 鹿児島市社会福祉協議会	〒892-0816 鹿児島市山下町 15 番 1 号 電話番号 099-221-6070

利用約款(地域密着型通所介護・介護予防通所介護)

(約款の目的)

第1条 デイサービス元気庵 錬(以下「当施設」という。)は、要支援状態および要介護状態と認定されたご利用者様(以下単に「利用者」という。)に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようになるとともに、心身機能の回復又は維持、日常生活上の自立を助けることを目的としてサービスを提供し、一方、利用者及び代理者は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

(適用期間)

第2条 1. 本約款は、利用者が利用の同意書(地域密着型通所介護・介護予防通所介護)を当施設に提出したときから効力を有します。但し、代理者などの変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。
2. 利用者は、前項に定める事項の他、本約款、別紙の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設を利用できるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び代理者は、当施設に対し、契約解除の意思表明をすることにより、本約款に基づくサービス利用を解除・終了することができます。
その場合には、契約終了を希望する日の3日前までに解約の意思をお伝え下さい。
なお、この場合、利用者および代理者は、速やかに担当の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者及び代理者に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づくサービス利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要支援および要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所介護および介護予防サービスの提供を超えると判断された場合
- ③ 利用者が、当施設および職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ④ 利用者が入院その他の事由により、継続して3か月以上サービスの利用ができない状態となつた場合、本契約は終了するものとします。
ただし、病状の回復等により再度当事業所の利用を希望する場合には、改めて新規契約を締結するものとします。
- ⑤ 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

- ⑥ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ⑦ 契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(利用料金)

- 第5条 1. 利用者および代理者は、連帶して、当施設に対し、本約款に基づくサービス利用の対価として、利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額、および利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い、必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料を変更することがあります。
2. 当施設は、利用者および代理者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日までに送付し、利用者および代理者は、連帶して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は原則として事業所窓口での現金支払い、または、指定の銀行振込及び引き落とし（手数料は当社負担）となります。

<振込先口座>

- ・鹿児島銀行 店番130 普通預金 口座番号 1004839
有限会社ヒューマンケアドリーム 代表取締役 古田 仁
- ・南日本銀行 店番206 普通預金 口座 1046970
有限会社ヒューマンケアドリーム 代表取締役 古田 仁

(記録)

- 第6条 1. 当施設は、利用者のサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。
2. 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、代理者もしくはその家族に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

- 第7条 当施設は原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、利用者の安全を考え、施設管理者が判断し、身体拘束その他、利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかつた理由を記載することとします。

(秘密の保持)

- 第8条 1. 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者および代理者も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。
2. 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

(緊急時の対応)

- 第9条 利用中に利用者的心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者様および代理者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

- 第10条 利用者および代理者は、当施設の提供するサービスに対しての要望又は苦情等について、担当生活相談員に申し出ることができます。又は、当施設へ文章にて申し出ることができます。

(賠償責任)

- 第11条 1. サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。
2. 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者および代理者は、連帶して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

- 第12条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、ご利用者様及び身元引受人と当施設が誠意をもって協議して定めるところとします。

同 意 書

私は、地域密着型通所介護および介護予防通所介護利用契約の締結にあたり、重要な事項の説明を受け、確認いたしました。

私は、ケアプラン上必要な情報を、関係事業所で情報開示することに同意いたします。

私は、この利用約款で確認する地域密着型通所介護および介護予防通所介護の利用を申し込みます。

令和 年 月 日

代表者	住 所	〒890-0014 鹿児島市草牟田2丁目17-17 ヒューマングロース
	事 業 者 名	有限会社 ヒューマン ケア ドリーム
	代表取締役	古 田 仁
説明者	事 業 所 名	デイサービス 元気庵 錬
	住 所	〒890-0007 鹿児島市 伊敷台 7丁目27番26号
	氏 名	管 理 者 東 和久 ㊞

利 用 者	住 所	〒
	氏 名	㊞
	連絡先	() -
代 理 者	住 所	〒
	氏 名	㊞ 続 柄
	連絡先	() -

上記の契約を証するため、本書を2通作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先へ連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	医療機関 の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急時の連絡先①	氏名	続柄()
	住所	
	電話番号	
	夜間の 連絡先	
緊急時の連絡先②	氏名	続柄()
	住所	
	電話番号	
	夜間の 連絡先	

個人情報の使用にかかる同意書

当事業所は、地域密着型通所介護及び介護予防通所介護重要事項説明書(個人情報について)、利用約款8条(秘密保持)に基づき守秘義務を守ります。つきましては地域密着型通所介護及び介護予防通所介護サービスご利用者及びその家族の個人情報を以下に記載する目的においてのみ使用することに同意をお願い致します。

1. 利用目的

- ① 利用者に係わる居宅サービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供
- ② 介護支援専門員(ケアマネージャー)、地域包括支援センター、介護サービス事業所、自治体(保険者)、医療機関、その他社会福祉団体、福祉専門学校(介護者養成研修)等との連絡調整での情報提供
- ③ 介護保険事務における審査支払機関へのレセプト(介護報酬)の提出
- ④ 損害賠償保険等に係わる保険会社等への相談または届出
- ⑤ 送迎車両の駐車許可申請に係わる所轄警察署への届出
- ⑥ 事業所発行の通信物への写真、氏名等の掲載
- ⑦ 当事業所内部での利用
 - ・事業所内でのカンファレンス・介護記録
 - ・展示物、掲示板への氏名等の掲載

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、上記に記載する利用目的の範囲内で、関係者以外に決して漏れることの無き様細心の注意を払う。
- ② 個人情報を使用した相手方や内容について記録し請求があれば開示する。

3. 使用する期間

令和 年 月 日 から契約終了日まで

◇個人情報の具体的取り扱いについての確認

①事業所における氏名(本名)の呼びかけ。	可 否
②事業所で使用する物への氏名(本名)の貼付。(記録物やネーム等)	可 否
③利用時の様子、動作性評価、イベントなどの写真や動画の撮影。 また、これら(写真、動画、他データ等)の使用。 (カレンダー、チラシやパンフレット等の配布物、ホームページ等。また勉強会や外部向けのセミナーなどの使用も含む)	可 否
④サービスに必要な第三者機関(担当者会議・カンファレンス・関係医療機関及び事業所)へ情報提供すること。	可 否
⑤面会を希望する方に対しての面会の許可、及び電話での問い合わせに対して事業所を利用している事をお知らせすること。	可 否
⑥その他、情報提供して欲しい内容など	

サービスの提供にあたり、利用者・ご家族に対して「個人情報使用に係る同意書」に関する説明を行い同意を得ました。

利 用 者	住 所	〒			
	氏 名		(印)		
	連絡先	() -			
ご 家 族	住 所	〒			
	氏 名		(印)	続 柄	
	連絡先	() -			