

通所介護サービス デイサービスセンター悠・水流迫 重要事項説明書

あなたに対する通所介護サービスの提供開始にあたり当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	株式会社 悠
法人所在地	宮崎県小林市東方1407-1
法人種別	株式会社
法人設立年月日	平成19年3月28日
代表者氏名	元 明 里 恵
電話番号	0984-48-7555

2 ご利用施設

施設の名称	デイサービスセンター 悠・水流迫
施設の所在地	宮崎県小林市水流迫569-13
事業所番号	4570500837
開設日	平成25年3月1日
管理者	元 明 吉 文
電話番号	0984-27-3644
ファクシミリ番号	0984-27-3645

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		宮崎県知事の事業者指定		利用 定数	備考
		指定年月日	事業所番号		
施設	住宅型有料老人ホーム	平成25年3月1日		18人	介護保険外
居宅	訪問介護	平成19年7月10日	4570500514		
日常生活支援 総合事業	通所型	平成30年4月1日	4570500837	30名	介護保険含む
	訪問型	平成30年4月1日	4570500514		
障害	居宅介護 重度訪問介護	平成20年11月1日	4510500137		障害者福祉
	同行援護	平成23年10月1日	4510500137		
	移動支援	平成20年12月19日	4520522006		地域支援事業
有償	訪問介護サービス	平成20年10月1日			介護保険外

4 事業の目的と運営方針

事業の目的と 運営方針	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自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、契約者に対し、通所による日中の介護サービスを提供いたします。また利用者の生活の質を高めるために、利用者や介護者の要望を考慮し、福祉倫理を遵守しながら援助にあたります。
----------------	--

5 事業所の概要

主な設備

設備の種類	数	面積
食堂及び機能訓練室	1 室	9 2 . 1 2 m ²
一般浴室	1 室	1 8 . 6 4 m ²
相談室	1 室	9 . 9 4 m ²
デイルーム	1 箇所	1 4 1 . 6 5 m ²

6 ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員 数
1, 管理者	1 名
2, 生活相談員	1 名以上
3, 介護職員	3 名以上
4, 看護職員	1 名以上
5, 機能訓練指導員	1 名

7 営業時間

営業日	毎週月曜日から土曜日まで
営業時間	午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0

8 サービスの概要

サービスの種類	サービスの内容
入浴	○ 自宅での入浴が困難な方への入浴の介助や、体を拭くなどのサービスをいたします。 ○ 身体状況に合わせた介助を行います。 ○ 健康チェックで血圧や体温に異常があった場合には、入浴ができないことがあります。
排泄	○ 紙おむつは、各自ご利用者の方で必要枚数をご準備ください。 排泄の誘導や排泄後の後始末などの介助や、オムツ交換をいたします。

食事	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自力摂取のできない方は、食事の介助をします。 ○ 栄養とバランスを考え、利用者の身体状況に合わせた食事を提供します。 ○ 利用者本人の障害状態やマヒなどによるえん下（のみこむ力）の状態により、食事をかみやすく、飲み込みやすいものを提供します。 ○ 食事が不要な場合や、利用予定日に休まれる場合には、前日までにご連絡があった場合に限り、食事に係る自己負担金は取りません。 ○ 食べきれずに残された食事の、お持ち帰りはできません。 （食事提供時間）：１１時３０分～１２時３０分 ○ 中間食（おやつ）の提供をいたします。 ○ ご自宅からの食べ物等の持込は、ご遠慮願います。
送迎サービス	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の送迎は、送迎用の車両で送り迎えをいたします。 その際には、利用者の希望される時間に合わせて送迎いたします。
通院介助	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病医院への通院の付き添い介助はおこないません。 ○ 緊急やむを得ない場合は、当事業所が対応するかもしくは、救急車をお願いすることがあります。
機能訓練 電気治療等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護師や介護職員による、リハビリやレクリエーション活動により、心身のリフレッシュを図ります。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康チェックとして、血圧・脈・熱などのチェックを行ないます。 ○ 加齢や既往にともなう疾病や、慢性的な疾病により、急変することもあります。急変の際には救急蘇生法や救急病院への搬送など最善の処置をいたします。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者からの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ないます。 ○ 利用されている居宅介護支援事業所およびその他の関係機関との連携をおこないながら援助いたします。 ○ 相談内容については、関係者以外への情報提供以外は、相談の内容等秘密を守ります。 （相談窓口）生活相談員
教養娯楽	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当事業所では必要な娯楽のための設備を整えるとともに、利用される方々が健康で、有意義な毎日を送れるようにさまざまな余暇活動や季節の行事をおこないます。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 余暇活動（レクリエーションその他） ・ 小グループ余暇活動 ・ 趣味活動

9 利用料金

(1 割負担の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3－4 時間	370	423	479	533	588
4－5 時間	388	444	502	560	617
5－6 時間	570	673	777	880	984
6－7 時間	584	689	796	901	1,008
7－8 時間	658	777	900	1,023	1,148
8－9 時間	669	791	915	1,041	1,168
入浴介助加算（Ⅰ）	40				
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56				
サービス提供体制加算（Ⅲ）	6				
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	上記単価×0.09 の小数点以下を切り捨てた単位				

(2 割負担の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3－4 時間	740	846	958	1,066	1,176
4－5 時間	776	888	1,004	1,120	1,234
5－6 時間	1,140	1,346	1,554	1,760	1,968
6－7 時間	1,168	1,378	1,592	1,802	2,016
7－8 時間	1,316	1,554	1,800	2,046	2,296
8－9 時間	1,338	1,582	1,830	2,082	2,336
入浴介助加算（Ⅰ）	80				
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	112				
サービス提供体制加算（Ⅲ）	12				
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	上記単価×0.09 の小数点以下を切り捨てた単位				

(3 割負担の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3－4 時間	1,110	1,269	1,437	1,599	1,764
4－5 時間	1,164	1,332	1,506	1,680	1,851
5－6 時間	1,710	2,019	2,331	2,640	2,952
6－7 時間	1,752	2,067	2,388	2,703	3,024
7－8 時間	1,974	2,331	2,700	3,069	3,444
8－9 時間	2,007	2,373	2,745	3,123	3,504
入浴介助加算（Ⅰ）	120				
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	168				
サービス提供体制加算（Ⅲ）	18				
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	上記単価×0.09 の小数点以下を切り捨てた単位				

(その他の料金)

昼食	500 円
おむつ代	使用した分
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるものについて、費用の実費をいただきます。

10 利用料金のお支払い方法

利用料金の計算は、1ヶ月ごとに行います。翌月10日までに前月分の請求をいたしますので、下記のいずれかの方法で、20日までにお支払いください。また、口座引き落としの場合は、指定した口座より20日前後に引き落としをいたします。

(ア) 指定口座への振りこみ (イ) 施設への持参 (ウ) 口座引き落とし

11 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話 0984-27-3644 FAX 0984-27-3645 担当職員：生活相談員
小林市長寿介護課	ご利用時間 平日 8:30～17:15 ご利用方法 電話 0984-23-1140 (代表)
宮崎県福祉保健部 長寿介護課居宅介護担当	電話番号 0985-26-7059 受付時間 8:30～17:00
国民健康保険団体連合会	電話番号 0985-35-5301 受付時間 8:30～17:15

第三者評価の実施状況について

本事業所の第三者評価の実施状況は以下の通りです。

実施の有無	あり ・ <u>なし</u>
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

説明者 所 属 デイサービスセンター悠・水流迫 氏 名 _____ 印

私は本書面に基づいて、上記説明者から上記重要な事項の説明を受けました。

私は貴事業所の通所介護サービスの提供開始に同意します。

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)