

デイサービス「さくらんぼ」 重要事項説明書

作成日 令和6年4月1日

1. 事業主体概要

事業主体名	(有) ワンカラ
法人の種類	有限会社
代表者名	菱 田 裕 子
所在地	高知県宿毛市港南台2丁目11-3
法人の理念	①「残存能力を生かした生活」の推進 ②「尊厳ある生活」の重視 ③「地域社会とのつながり」の重視
設立年月日	平成17年2月22日
法人が所有する 事業所の種類・数	指定居宅介護支援事業所 指定訪問介護事業所 指定訪問介護予防日常生活支援総合事業所 指定認知症対応型共同生活介護事業所 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 指定通所介護事業所 指定通所介護予防日常生活支援総合事業所 指定地域密着型通所介護事業所 有料老人ホーム

2. 事業所概要

施設名	デイサービス さくらんぼ
事業の目的	介護保険法令に従い、契約者が、その有する能力に応じ可能な限り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、日常生活を営むため必要な静養室および共用施設等をご利用いただき、通所介護サービスを提供します。
事業の運営方針	利用者の人格を尊重し常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明する。 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。
事業所の管理者	坂田 恵悟
開設年月日	平成23年5月1日
保険事業者指定番号	3970900308
通常の事業実施地域	宿毛市
第三者評価の実施	なし
所在地 電話・FAX	〒788-0013 宿毛市片島5番20号 (0880)65-8566

交通の便	土佐くろしお鉄道 宿毛駅より西へ4 km (車で5分程度)
建物の構造	木造平屋建て 会社所有
敷地概要	3136.61 m ² 会社所有
建物概要	176.89 m ²
共用施設の概要	31.46 m ² ホール
事故発生時及び緊急対応方法	サービス提供中に事故が発生、または容態の急変等の緊急事態が発生した場合は、下記の方法で対応します。事前の打ち合わせにより、利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、介護支援専門員（ケアマネージャー）等に連絡致します。 (1) サービス提供中に事故が発生、または容態の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにそって連絡致します。 (利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先、介護支援専門員お住まいの行政機関、その他等) (2) 急を要する場合は、事業所の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合もあります。 (3) 必要に応じて、警察、消防、市町村、その他関連機関への連絡を致します。 (4) 事故再発防止策として、事故報告書に基づき調査・検討をして防止策の作成をします。 (5) 施設内の会議に事故事例は提出し、再発の防止に努めます。
防犯防災設備 避難設備等の概要	非常灯設置、消火器設置(2) 火災報知機、避難口、正面玄関
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損保

3. 職員体制(主たる職員)

職員の種類	常勤	非常勤	保有資格	研修会受講内容
管理者	1		介護福祉士	
生活相談員	2	1	介護福祉士	
看護職員	1	3	看護師・准看護師	
機能訓練指導員	1		理学療法士	
介護職員	3	2	介護職員初任者研修 介護福祉士	採用後3ヶ月以内 継続研修年2回

業務内容

管理者：ケアプランを理解し利用者に適切なサービスの提供の管理、職員教育等を行い、事業所全体の管理を行います。

生活相談員：ご利用者、ご家族の相談に応じると共に心身の状態を考えたサービスの提供の計画をたて、そのサービス提供全体の管理と評価を行います。

看護職員：主に健康管理や療養上の世話と指導を行います。また、日常生活上の

介助等も行います。

機能訓練指導員；日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。

介護職員：日常生活上の介護、健康保持のための支援を行います。

4. 主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 時 間
① 管理者	8 : 30 ～ 17 : 30
② 生活相談員	9 : 30 ～ 16 : 00
③ 介護職員	8 : 30 ～ 17 : 30
④ 看護職員	8 : 30 ～ 17 : 30
⑤ 機能訓練指導員	9 : 00 ～ 14 : 00

5. 営業日及び営業時間

・営業日：月曜日から土曜日とする。

（ただし、年末年始の 12 月 31 日から 1 月 2 日までを除く）

・営業時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までとする。

・サービス提供時間：午前 9 時 30 分から午後 4 時 00 分

6. 利用定員（令和 4 年 3 月 1 日現在）

25 人

7. 非常災害対策

防災訓練	年 4 回（自主訓練を含む）
緊急連絡網の整備	① 職員間の連絡を速やかに行うために、図式し職員に徹底する。 ② 地域自主防災会との連携 ③ 自治会の防災対策に連動して行動する ④ 市、行政機関への協力を要請

8. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所で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）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第 4 条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 9 割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事サービス

- ・当事業所では管理栄養士の立てる献立により、栄養並びに契約者の身体及び嗜好を考慮した食事を提供します。

☆・契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) 昼食 午後 12時から午後 1時

②入浴サービス

- ・入浴又は清拭を行います。

③介護サービス（移動、排泄の介助、見守り等）

- ・排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④日常生活動作の機能訓練

- ・機能訓練指導員により、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。

⑤送迎サービス ⑥健康状態のチェック ⑦相談、援助等

⑧その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

⑨サービスの利用にあたっての留意事項

- ・利用者が入浴室及び静養室等を利用する場合は職員立会いの下で使用します
- ・また体調が思わしくない利用者はその旨を説明し安全指導を図ります
- ・介護現場においてハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

(別紙 1 参照)

<サービス利用料金（1日当たり）>（契約書第 6 条参照）

下記の料金表によって、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（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。

通常規模型 通所介護

サービス提供時間	要介護度	利用者様負担額		
		1 割	2 割	3 割
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	370	736	1,104
	要介護 2	423	842	1,263
	要介護 3	479	954	1,431
	要介護 4	533	1,060	1,590
	要介護 5	588	1,170	1,755
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	388	772	1,158
	要介護 2	444	884	1,326
	要介護 3	502	1,000	1,500
	要介護 4	560	1,114	1,671
	要介護 5	617	1,228	1,842
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	570	1,134	1,701
	要介護 2	673	1,340	2,010
	要介護 3	777	1,546	2,319
	要介護 4	880	1,752	2,628
	要介護 5	984	1,958	2,937
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	584	1,165	1,746
	要介護 2	690	1,376	2,062
	要介護 3	796	1,588	2,380
	要介護 4	902	1,799	2,696
	要介護 5	1008	2,012	3,015
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	658	1,313	1,968
	要介護 2	777	1,550	2,323
	要介護 3	900	1,796	2,692
	要介護 4	1,023	2,040	3,059
	要介護 5	1,148	2,290	3,432
8 時間以上 9 時間未満	要介護 1	666	1,332	1,998
	要介護 2	787	1,574	2,361
	要介護 3	911	1,822	2,733
	要介護 4	1,036	2,072	3,108
	要介護 5	1,162	2,324	3,486

①加算項目とサービス料金	入浴介助加算(Ⅰ) (1回)	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ (1回)
	400 円	560 円
②介護保険 給付額	360 円	504 円
③自己負担額 (①－②)	40 円	56 円

☆介護職員処遇改善加算について

加算項目	
介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数に9.0%を加算

介護予防通所介護相当サービス

状態度	単位(月額)	介護保険 (9割) 円	個人負担 (1割) 円	個人負担 (2割) 円	個人負担 (3割) 円	該当欄
要支援1	1,672	15,048	1,672	3,344	5,016	
要支援2	3,428	30,852	3,428	6,856	10,284	

加算項目	単位(月額)	介護保険 (9割) 円	個人負担 (1割) 円	該当欄
運動器機能向上加算	225	2025	225	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1350	150	
選択的サービス複数 実施加算(Ⅰ)	480	4,320	480	

※2割、3割負担の利用者様につきましては別表1参照

介護保険適用外費用

食事費(1食)			600	
日用品・雑費(1ヶ月)			100/月	

☆契約者がまだ要支援・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金額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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ない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、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。

☆契約者に提供する食事の費用は別途いただきます。（下記（３）①参照）

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

（２）キャンセルについて

- （１）利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：０８８０－６５－８５６６

- （２）利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、ご利用の前日までにご連絡下さい。それ以降は有料となりキャンセル料をいただくことになりますので、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。

【キャンセル料】

時 期	料 金
ご利用の前日までに（営業時間内）キャンセルのご連絡いただいた場合	昼食代（業者に発注済の場合）
ご利用の当日キャンセルの場合	介護保険自己負担額の 100% 昼食代

（３）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条、６条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事の提供

- ・契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：昼食 600 円

②複写物の交付

- ・契約者はサービス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いただきます。

料金：１枚につき 10 円

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契約者の日常生活に要する費用で契約者にご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。
- ・上記日常生活品とは、石鹸、ティッシュ等をいう。

④制作にかかる材料費

- ・レクリエーションで趣味の制作をした時にかかる材料費を負担いただきます。

(4) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

- ・ご利用料金は、請求書でお知らせします。指定期日日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、銀行振り込み、現金払いがあります。入居契約時にお選び下さい。

<銀行振込の口座>

銀行名	幡多信用金庫 宿毛店
口座番号	普通預金 0073750
名義人	有限会社 ワンカラ 代表取締役 菱田 裕子

8. 協力医療機関

協力医療機関名	診療科目／住所
筒井病院	内科・外科・整形外科・脳神経外科 宿毛市平田町 1802 TEL(0880)66-0013
いなげ胃腸科内科	内科・胃腸科 宿毛市高砂 33-17 TEL(0880)62-1113
奥谷整形外科	整形外科 宿毛市駅前町 2-703 TEL(0880)63-1202
大井田病院	内科・外科・整形外科・小児科・循環器内科・皮膚科 宿毛市中央 8 丁目 3-6 (0880)63-2101

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：坂田 恵悟 TEL/FAX：(0880)65-8566
外部苦情申し立て機関	① 宿毛市役所 長寿政策課(土、日、祝日 12/29～1/3 を除く) TEL：(0880)62-1234 FAX：(0880)62-1270 受付時間 8：30 ～ 17：15 ② 高知県国民健康保険団体連合会(国保連) TEL：(088)820-8410 FAX：(088)820-8413 午前 9 時～正午 午後 1 時～午後 4 時(土、日、祝日 12/29～1/3 を除く)

【説明確認欄】

令和 年 月 日

上記重要事項について説明を行いました。

(事業者)

所在地 高知県宿毛市港南台 2 丁目 11-3

事業者名 有限会社ワンカラ

代表取締役 菱田 裕子 印

(説明者)

サービス事業所名 デイサービスさくらんぼ

管理者 坂田 恵悟 印

通所介護の提供の開始にあたり、重要事項について上記のとおり説明を受け、同意します。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者家族)

住所 _____

氏名 _____ 印