

# 介護予防・地域密着型通所介護重要事項説明書

(令和5年7月1日現在)

## 1. 事業者

事業者の名称	合同会社HANA
事業者の所在地	長崎市小江町2734番地21
法人種別	合同会社
代表者名	代表社員 花川 雪子
設立年月日	平成25年3月15日
事業所	訪問介護：ヘルパーステーション花 地域密着型通所介護：デイサービスセンターフラワー 居宅介護支援事業所：ケアプランセンター花 サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）：フラワーコート琴海 福祉用具貸与：ユアサイドはな（令和3年8月より休止中）

## 2. ご利用の事業所

事業所の名称	デイサービスセンター フラワー
事業所の種類	地域密着型通所介護 4270110978 平成28年3月30日指定
事業所の所在地	長崎市琴海村松町1591
管理者の氏名	三杉 貴史
電話番号	095-865-7741
FAX番号	095-884-0115

## 3. 事業の実施地域

実施地域	長崎市（離島を除く）滑石1～6丁目、横尾1～5丁目、鳴見町、鳴見台1～2丁目、多以良町、豊洋台1～2丁目、畝刈町、京泊1～3丁目、三京町、さくらの里1～3丁目、三重町、松崎町、西海町、琴海村松町、琴海戸根町、琴海戸根原町、長浦町、琴海形上町の区域
------	---

#### 4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、入浴・排泄及び食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜をかつ効果的に行います。
運営の方針	<p>1. 従業者は、利用者の心身の状況、その置かれている環境を踏まえて、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、必要な福祉サービス又は保健医療サービスの提供にかかる全般的な援助を行う。</p> <p>2. 事業の実施に当たっては、市町、地域の保健・医療・福祉サービスとの緻密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</p>

#### 5. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務体制
管理者兼介護職員	1名	常勤1名
生活相談員	1名	常勤1名
介護職員	2名以上	

看護師兼機能訓練指導員	1名	非常勤1名

6. 営業日，営業時間，サービス提供時間

営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 (土曜日・日曜日、8月13日から8月15日 ，12月30日から1月3日を除く。)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	午前8時30分から午後4時00分

7. サービスの内容

身体介護	食事の介護，排泄の介護，衣服着脱の介護， 入浴の介護，身体の清拭，洗髪その他必要な 身体の介護
生活援助	レクリエーション，軽作業・創作的活動、 趣味活動、生活必需品の買い物，関係機関等と の連絡その他必要な援助
その他のサービス	介護相談等

8. 利用料金

(別紙) 「デイサービスセンター フラワー 料金表」のとおりとする。
------------------------------------

9. 苦情等申立先

<p><b>【事業者の窓口】</b></p> <p>デイサービスセンター フラワー</p> <p>苦情解決責任者：花川 雪子</p> <p>苦情受付担当者：三杉 貴史</p>	<p>所在地 長崎市琴海村松町1591</p> <p>電話 095-865-7741</p> <p>FAX 095-884-0115</p>
<p><b>【市町村の窓口】</b></p> <p>長崎県福祉保険部長寿社会課</p> <p>長崎市役所 高齢者すこやか支援課</p> <p>時津町役場 高齢者支援課</p> <p>長与町役場 介護保険課</p>	<p>長崎市江戸町2番13号</p> <p>電話 095-895-2431</p> <p>長崎市魚の町4-1</p> <p>電話 095-829-1146</p> <p>長崎県西彼杵郡時津町浦郷274-1</p> <p>電話 095-882-2211</p> <p>長崎県西彼杵郡長与町嬉里郷659番地1</p> <p>電話 095-883-1111</p>
<p><b>【公的団体の窓口】</b></p> <p>長崎県国民健康保険団体連合会</p>	<p>所在地 長崎市今博多町8番地2</p> <p>国保会館</p> <p>電話 095-826-1599</p>

※運営規定内に、ハラスメント、虐待防止、身体拘束等の適正化、感染症防止、業務継続計画の策定の指針の整備あり。

10. 秘密保持及び個人情報の取り扱い

(別紙) 「介護予防・地域密着型通所介護契約書」のとおりとする。

11. 記録の保管

(別紙) 「介護予防・地域密着型通所介護契約書」のとおりとする。

## 1 2. 損害賠償

事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 1 3. 損害賠償保険への加入

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
-------	--------------------

## 1 4. サービスの利用に関する留意事項及びサービスの内容

### (1) サービス提供を行う介護員

サービス提供にあたっては、複数の介護員でサービスを提供します。

### (2) サービスの概要

サービスは、「居宅サービス計画書」に基づいて行われます。当事業所のサービス管理者が作成し、利用者の同意をいただきます。なお、「サービス計画書」は利用者に交付いたします。

### (3) サービス内容

#### ①相談及び援助

利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。

#### ②介護

利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。

### ③健康管理

日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。緊急な場合は救急車対応で職員同行しますが、家族様が到着しだい職員は状況を説明して対応させていただきます。

### ④創作的活動の機会の提供

創作的活動の機会を提供します。

### ⑤食事サービス

食事時間 12:00～13:00 食事を提供いたします。

※10:00以降で連絡がない場合は、当日分のキャンセル料が発生します。

### ⑥備品等購入に対して

急遽必要な場合によって発生する品目として、リハビリパンツ、パットは個別で購入した場合、リハビリパンツ代1個100円・パット代1個50円を頂きます。

## (4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。

## (5) 介護員の禁止行為

介護員は、利用者に対するサービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

① 利用者若しくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受。

- ② 利用者の家族等に対するサービスの提供。
- ③ 飲酒及び利用者若しくはその家族等の同意なしに行う喫煙。
- ④ 利用者若しくはその家族等に対して行う宗教活動，政治活動，営利活動。
- ⑤ その他利用者若しくは家族等に行う迷惑行為。

#### (6) 緊急時及び事故発生時の対応

利用時において，利用者の体調等が急変した際，主治医又は，医療機関に適切な連絡を取り，必要な対応を行います。また，事故等により，財産の破損等の際は速やかに利用者及び家族に連絡いたします。

#### (7) その他

利用時の際、食べ物の持ち込みがある場合には職員にご相談ください。  
(食中毒予防のため)

### 15. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

(別紙) 「介護予防・地域密着型通所介護契約書」のとおりとする。

### 16. デイサービスセンター フラワー 料金表

#### (1) 介護給付費等対象サービスの料金

介護給付費等対象サービスについては、厚生労働大臣が定める基準により算定した額がサービス料金となります。

このサービス料金のうちの一部（原則9割）は市町村から介護給付費等が支給されます。介護給付費等の当事業所は市町村から直接受け取りますので、利用者はサービス料金から介護給付費等の額を差し引いた額（利用者負担額といいます。原則サービス料金の1割または2割、3割負担となります。）を当事業所にお支払いいただきます。

なお利用者負担額は、原則サービス料金1割・2割・3割ですが、「障害福祉サービス受給者証」に記載されている負担上限月額が1月の負担の上限額となります

ので、記載されている金額以上ご負担いただく必要はありません。

原爆手帳を受給されている方は、食事のみの金額負担です。

1. 介護サービス料金（1回当たりの目安）7時間以上9時間未満

< 予 防 >

	サービス料金	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
要支援1	16,701円/月	1,670円/月	3,340円/月	5,010円/月
要支援2	34,243円/月	3,424円/月	6,848円/月	10,272円/月

< 介 護 >

要介護1	3時間以上4時間	時間ごとに算定
要介護2	4時間以上5時間	
要介護3	5時間以上6時間	
要介護4	6時間以上7時間	
要介護5	7時間以上8時間	

< 加算料金 >

◎地域密着型通所介護	加算料金	利用者負担額（1回あたり）		
		1割	2割	3割
地域密着型通所介護個別機能訓練加算I（イ）	560円/回	56円	112円	168円
地域密着型通所介護入浴介助加算	400円/回	40円	80円	120円

地域密着型通所介護口腔機能向上加算	1, 521円/回	152円	304円	456円
地域密着型通所介護若年性認知症受入加算	608円/回	61円	122円	183円
◎予防通所介護		利用者の負担額（1月あたり）		
		1割	2割	3割
予防通所介護 若年性認知症受入加算	2, 434円/月	243円	486円	729円
予防通所介護口腔機能向上加算	1, 521円/月	152円	304円	456円
予防通所介護 運動機能向上体制加算	2, 282円/月	228円	456円	684円
予防通所選択的サービス複数実施加算	4, 867円/月	487円	974円	1, 461円
※一律食事代				600円

※運動機能加算と口腔機能加算を同時に算定する場合は、選択的サービス複数実施加算になる。

### 3. 加算の算定

サービス提供体制加算Ⅲ（1回につき） 令和4年4月1日よりの算定	1回につき6単位 1割負担＝6円、2割負担＝12円 3割負担＝18円
介護職員処遇改善 新加算Ⅰ（1ヶ月につき） 平成29年4月1日よりの算定	所定単位数合計 1000分の59×10.14円

### 4. その他

<p>1. キャンセル料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス利用日の当日 10 時までにご連絡がない場合・・・ 昼食代 600 円頂きます。</li> <li>※ただし、利用者の病状の急変や急な 入院等の場合には、 キャンセル料は 請求いたしません。</li> </ul>
<p>2. 支払方法</p>	<p>サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。（サービスを利用した月の翌月の 1 5 日頃に請求書を発行します。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業者指定口座への振込（手数料は利用者負担となります。） 親和銀行 時津支店 普通預金 3 0 6 2 4 1 9 合同会社HANA 代表社員 花川 雪子</li> <li>・ 利用者指定口座からの自動振替</li> </ul> <p>※やむを得ない場合は、相談に応じて現金支払いといたします。</p>

### 3. 介護予防通所・加算について

- (1) 介護保険の適用がある場合は、料金表の金額が利用者負担金となります。  
(サービス費の 1 割または 2 割、 3 割が利用者負担金となります)
- (2) 介護保険の適用がない場合や介護保険での給付の範囲を超えたサービス費は、全額が利用者の負担となります。
- (3) 料金算定の基本となる時間は実際のサービス提供時間ではなく、お客様のケアプランに定められた目安の時間を基準とします。
- (4) 利用者がまだ要介護（要支援）認定を受けていない場合には、サービス費の全額を一旦お支払い頂きます。要介護（要支援）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）。償還払い

(5) 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利用者の負担額を変更します。

#### 16. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上で必要となる他事業所及び医療機関等との連絡調整や、市町村及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意に基づき情報提供を致します。

#### 17. 緊急時の対応

利用者の病状急変の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

協力医療機関名	西谷クリニック
診療科目	外科・消化器外科・リハビリテーション科
住 所	長崎市西海町1694-6
TEL	095-884-3822

防災・災害非難場所

長崎市北総合事務所

長崎市琴海村松町703-14

TEL (代表) 095-814-3400

地域密着型通所介護または介護予防通所介護の提供開始に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所

所在地 長崎市琴海村松町1591  
名称 デイサービスセンター フラワー  
説明者 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面により、事業所から介護予防通所介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用申込者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

家族（代理人） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印