# 重要事項説明書

## 地域密着型通所介護／
## 第一号事業者（通所型）

**デイサービスウェル糸島**

**事業者：ウェルフォレスト株式会社**

# 地域密着型通所介護重要事項説明書

**1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口**

**TEL ０９２－３２９－１４５１**

担当＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　重要事項説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿各市区町村でも受け付けております。※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

**2　事業の概要**

（1）事業者の指定番号およびサービス提供地域

| | |
|---|---|
| 事業所名 | デイサービスウェル糸島 |
| 所在地 | 糸島市高田４丁目３－１６ |
| 介護保険指定番号 | 通所介護事業・旧介護予防通所介護相当サービス（糸島市　4093500207号） |
| サービス提供地域 | 糸島市 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。 |

（2）営業時間

| | |
|---|---|
| 月　～ 土 | 午前８：００ ～ 午後１７：００ |

（3）サービス提供時間

| | |
|---|---|
| 月　～ 土 | 午前８：３０ ～ 午後１５：４０ |

（4）職員体制

| | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 | 計 |
|---|---|---|---|---|
| 管理者 | 介護福祉士 | 1名 | 0名 | 1名 |
| 生活相談員 | 介護福祉士 | 1名 | 0名 | 1名 |
| 看護師 | 准看護師 | 名 | 2名 | 2名 |
| 介護職員 | 介護職員初任者研修修了者または2級介護員 | 1名 | 0名 | 1名 |

（5）事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

**3　サービス内容**

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、機能訓練、アクティビティーその他必要な介護等を行います。

**4　利用料金**

（1）利用料　7時間以上８時間未満

| 介護保険適用 | 単位 | 一割負担 | 二割負担 | 三割負担分 |
|---|---|---|---|---|
| 要支援１ | 1,７９８単位 | １，９８１円 | ３，９６２円 | ５，９４３円 |
| 要支援２ | ３，６２１単位 | ３，９９０円 | ７，９８０円 | １１，９７０円 |
| 要介護１ | ７５３単位 | ８３０円 | １６６０円 | ２４９０円 |
| 要介護２ | ８９０単位 | ９８１円 | １９６２円 | ２９４３円 |
| 要介護３ | １０３２単位 | １１３８円 | ２２７６円 | ３４１４円 |
| 要介護４ | １１７２単位 | １２９２円 | ２５８４円 | ３８７６円 |
| 要介護５ | １３１２単位 | １４４６円 | ２８９２円 | ４３３８円 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ） | 毎月算定単位の12.5% | 一割分 | 二割分 | 三割分 |

３時間以上４時間未満

| | 単位 | 一割負担 | 二割負担 | 三割負担 |
|---|---|---|---|---|
| 要支援１ | １，７９８単位 | １，９８１円 | ３，９６２円 | ５，９４３円 |
| 要支援２ | ３，６２１単位 | ３，９９０円 | ７，９８０円 | １１，９７０円 |
| 要介護１ | ４１６単位 | ４５９円 | ９１８円 | １３７７円 |
| 要介護２ | ４７８単位 | ５２７円 | １０５４円 | １５８１円 |
| 要介護３ | ５４０単位 | ５９５円 | １１９０円 | １７８５円 |
| 要介護４ | ６００単位 | ６６１円 | １３２２円 | １９８３円 |
| 要介護５ | ６６３単位 | ７３１円 | １４６２円 | ２１９３円 |

介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。
要支援１，２はひと月での金額となります。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

| | | |
|---|---|---|
| 食事費 | １回につき | 200 円 |
| おやつ代 | １回につき | 60 円 |
| オムツ・ﾘﾊﾋﾞﾘパンツ等 | | 実費 |
| 自費サービス利用料 | １回につき | ２，７５０円 |

（２）交通費
通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。１ｋｍにつき２０円。

（３）キャンセル料金
お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。
（連絡先： **TEL０９２－３２１－４６８１**）

| |
|---|
| ①ご利用日の前営業日の１７時までにご連絡いただいた場合　無料 |
| ②ご利用日の前営業日の１７時までにご連絡がなかった場合　デイサービス利用料の１００％ |

（４）料金の支払方法
毎月月末締めとし、翌月１５日頃までに当月分の料金を請求いたしますので、月末日までにお支払いください。お支払い方法は、原則銀行または、郵便局引き落としとさせていただきます。

## ５　サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始
まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。
※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（２）サービスの終了
１　お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の１週間前までに文書でお申し出ください。

2　当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了１ヶ月までに文書で通知いたします。

3　自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

・お客様が介護保険施設に入所した場合
・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕または要支援と認定された場合
　※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
・お客様が亡くなられた場合

④　その他

・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
・お客様が、サービス利用料金の支払いを２ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず１０日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
・風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

**6 緊急時の対応方法**

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

**7 事故発生時の対応方法**

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

**8　虐待の防止について**

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。また、虐待防止委員会を設置し、虐待防止のための研修や発見時の早期対応を行います。

虐待防止に関する委員会は下記の通りです。

| | |
|---|---|
| 虐待防止委員長 | 管理者　１名 |
| 虐待防止副委員長 | 介護職員　１名 |
| 虐待防止委員 | その他職員　２名以上 |

成年後見制度の利用を支援します。

苦情解決体制を整備しています。

サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

身体拘束
事業所は、当該利用者または他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下、「身体的拘束等」という）は行わない。やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

## 9　秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|---|---|
| 1　利用者及びその家族に関する秘密の保持について | ア　事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。<br>イ　事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。<br>ウ　また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。<br>エ　事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| 2　個人情報の保護について | ア　事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。<br>イ　事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。<br>ウ　事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。) |

## １０　業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

２　事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。

３　事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。また、各委員会は下記の通りとする。

| | |
|---|---|
| 委員長 | 管理者　１名 |
| 副委員長 | 介護職員　１名 |
| 委員 | その他職員　２名以上 |

**１１ サービス内容に関する苦情**

- 弊社お客様苦情相談窓口

| | |
|---|---|
| 苦情相談窓口担当 | 管理者 |
| 受付日 | 月曜日～金曜日（ただし土、日曜日・12月30日から１月３日までを除く） |
| 受付時間 | 午前８：００～１７：００ |

- その他

| | |
|---|---|
| 糸島市役所　健康福祉部　介護・高齢者支援課 | 電話：０９２－３２３－１１１１ |
| | |
| 福岡県国民健康保険団体連合会（苦情相談専用） | 電話：０９２－６４２－７８５９ |

**【 会社の概要 】**

社名　　ウェルフォレスト株式会社
資本金　　３００万円
設立　　平成２３年８月
所在地　　福岡市南区市崎二丁目１５番２５号

代表者　　代表取締役　森慎吾

【 事業内容 】

住宅型有料老人ホーム事業／訪問介護事業／通所介護事業／旧介護予防訪問介護相当サービス事業／旧介護予防通所介護相当サービス事業

【事業者】ウェルフォレスト株式会社
糸島市高田４丁目３ー１６

印

【事業所】 デイサービスウェル糸島
（住所）糸島市高田４丁目３－１６
（指定番号 4093500207　糸島市）

上記の内容の説明を受け、了承しました。

年　　月　　日

利用者氏名　　印

利用者家族氏名　　印

代理人氏名　　印