

地域密着型通所介護事業所〔第一号通所事業〕

事業所番号：1391501184

デイサービスハートランド・エミシア久我山

重要事項説明書

株式会社ワイグッドケア

デイサービスハートランド・エミシア久我山 指定通所介護・第一号通所事業
重要事項説明書

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

事業所 デイサービスハートランド・エミシア久我山

電話 03-5336-1503 (午前9時00分～午後5時00分)

担当 小澤 冬弥

2. デイサービスハートランド・エミシア久我山 概要

① 運営規程の概要

添付した「株式会社ワイグッドケア デイサービスハートランド・エミシア久我山 指定通所介護・第一号通所事業 運営規程」のとおり。

② 提供できるサービスの種類

名称	デイサービスハートランド・エミシア久我山
所在地	東京都杉並区久我山4丁目14番20号
介護保険指定事業者番号	地域密着型通所介護(1391501184号)
通常の事業の実施地域	東京都杉並区・三鷹市

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

③ 同センターの職員体制

	職種	常勤職員	非常勤職員
1	管理者	1名	
2	生活相談員	1名	1名
3	看護師(機能訓練指導員と兼務)	名	2名
4	機能訓練指導員(看護師と兼務)	名	2名
5	介護職員	名	7名

④ 同センターの設備の概要

定員	10名	静養室	2室
食堂兼機能訓練室	1室 54.95㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽・特殊浴槽	送迎車	1台

- ⑤ 営業時間 月曜日～土曜日 午前9時00分～午後5時00分
サービス提供時間 午前9時15分～午後4時30分
緊急連絡先 03-5336-1503

3. サービス内容

送迎、食事、入浴、機能訓練、生活相談等

4. 料金

(1) 利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合には、【契約書別紙】の通りです。

(2) 支払方法

毎月15日までに前月分の請求を致しますので、毎月26日までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

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、サービスの提供を開始します。

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にご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① お客様の御都合でサービス利用契約を終了する場合

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、サービスの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か月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・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（要支援）認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（この場合、契約条件を変更して再度契約をすることができます。）
- ・お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当センター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、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、又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サービスを終了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か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、2週間以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院又は病気等により3か月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、又はお客様やご家族などが当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

添付した「株式会社ワイグッドケア デイサービスハートランド・エミシア久我山 指定通所介護・第一号通所事業 運営規程」のとおり。

- ・やさしさと思いやりを持った人づくりのお手伝いをします。
- ・家庭的で温かな雰囲気을大切に考え、心豊かで健やかな暮らしのお手伝いをします。
- ・利用される方々と職員が信頼しあえる関係を心掛けます。
- ・1人ひとりの人間性と個性を尊重します。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	○	
時間延長の可否	×	
従業員への研修の実施	○	
サービスマニュアルの作成	○	
その他	○	

(3) 施設利用に当たっての留意事項

送迎時間の連絡	当日、朝8時30分まで
体調確認	看護師によるバイタルチェック
体調不良によるサービスの 中止・変更	バイタルチェックにより 本人、又は家族の希望により
時間変更	事前連絡により
設備、器具の利用	職員の管理(説明)のもと

7. 緊急時の対処方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合、事前の打ち合わせにより、主治医、親族、居宅介護支援事業者へ速やかに連絡いたします。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	超ビジネス保険

9. 非常災害対策

- ・ 防火時の対応 職員による誘導
- ・ 防火設備 非常灯、消火器
- ・ 防火訓練 年2回
- ・ 防火責任者 小澤 冬弥

10. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当センターご利用者相談、苦情担当

担当 小澤 冬弥

電話 03-5336-1503

(2) その他

当センター以外に、市区町村の相談、苦情窓口、東京都国民健康保険連合会等でも受け付けています。

杉並区 保健福祉部 介護保険課	03-3312-2111
三鷹市 健康福祉部 介護保険課	0422-45-1151
東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部 介護相談指導課	03-6238-0173 (苦情申出先)

11. 第三者による評価の実施状況

1 あり	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし		

説明年月日 _____ 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事業所】 デイサービスハートランド・エミシア久我山

説明者名 _____ (役職)

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

【利用者】 住所 _____

氏名 _____

【利用者代理人】 住所 _____

氏名 _____

デイサービスハートランド・エミシア久我山

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

※利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。

ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

※地域区分Ⅰ 級地所在地（杉並区）における「1単位当たりの地域単価」 10.90 円

地域密着型通所介護費	単位数	利用者負担額			単位数	利用者負担額			単位数	利用者負担額		
		1割	2割	3割		1割	2割	3割		1割	2割	3割
①基本額（1回につき）		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				
要介護1	416	454	907	1,361	436	476	951	1,426	657	717	1,433	2,149
要介護2	478	521	1,042	1,563	501	546	1,092	1,638	776	846	1,692	2,538
要介護3	540	589	1,178	1,766	566	617	1,234	1,851	896	977	1,954	2,930
要介護4	600	654	1,308	1,962	629	686	1,372	2,057	1,013	1,105	2,209	3,313
要介護5	663	723	1,446	2,168	695	758	1,515	2,273	1,134	1,236	2,472	3,708
		6時間以上7時間未満			7時間以上8時間未満							
要介護1	678	739	1,478	2,217	753	821	1,642	2,463				
要介護2	801	873	1,746	2,619	890	971	1,941	2,911				
要介護3	925	1,009	2,017	3,025	1,032	1,125	2,250	3,375				
要介護4	1,049	1,144	2,287	3,431	1,172	1,278	2,555	3,833				
要介護5	1,172	1,278	2,555	3,833	1,312	1,430	2,860	4,290				
②加算額					単位数	1割		2割		3割		
入浴介助加算Ⅰ（1日につき）					40	44		88		131		
介護職員等処遇改善加算Ⅱ（1月につき）					介護報酬単位数(基本サービス費+各種加算減算)×9.0% <1単位未満の端数四捨五入>							

運営基準に定められたその他の費用（利用者の希望による）

食費（おやつ代を含む）	740円	非課税
おむつ代	実費	
日常生活に要する費用 （含レクリエーション）	実費	
通常の事業の実施地域を 越えた所の交通費	通常の事業の実施地域を越えた所から 片道分1kmあたり50円	通常の事業の実施地域 （杉並区）は無料です。
キャンセル料金	前営業日の18時までに ご連絡いただけなかった場合 食費740円	