

指定地域密着型通所介護サービス等重要事項説明書

ご利用者に対する指定地域密着型通所介護サービス又は指定介護予防通所介護相当サービス(倉敷市総合事業)の提供開始にあたり、当事業者がご利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	医療法人 高志会
代表者氏名	理事長 柴田 豊文
所在地	岡山県倉敷市玉島乙島6108-1
電話番号	(086)526-7870
法人の行う他の業務	医療療養型医療施設・介護療養型医療施設・(介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハビリテーション・(介護予防)短期入所療養介護・(介護予防)居宅療養管理指導・通所リハビリテーション・訪問介護・介護予防訪問介護相当サービス・居宅介護支援

2 ご利用事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号等

事業所名	柴田病院かつこうの森デイサービスセンター
所在地	岡山県倉敷市玉島乙島6034-1
介護保険事業所番号	倉敷市 第3370204194号
電話番号	(086)522-0100
FAX番号	(086)522-0221
開設年月日	平成17年11月1日
管理者	田中 ゆみこ
利用定員	1日あたり18人

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	員数	職務の内容
管理者	1名	事業所の従業者及び業務の管理
生活相談員	1名以上	利用の調整、生活上の相談援助、通所介護計画の作成(管理者・介護職員と兼務)
看護職員	1名以上	利用者の健康状態の観察、看護、介護業務
介護職員	2名以上	利用者の状態に応じた介護業務
機能訓練指導員	1名以上	日常生活上に必要な機能訓練、指導、助言を行う

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	倉敷市内
---------	------

(4) 営業日

営業日	月曜日～土曜日(祝日も営業)
営業時間	8:30～17:00
サービス提供時間	9:45～15:45

※ ただし、お盆(8月13日～8月15日)及び年末年始(12月31日～1月3日)は、お休みさせていただきます。

3 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

要介護又は要支援状態等となった場合においても、そのご利用者が有する能力に応じ、可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、生活の質の確保及び向上を図り、安心して日常生活を過ごすことができるように支援するとともに、ご利用者のご家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

ご利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令を遵守し、ご利用者に係る他の居宅サービス事業者等と連携を取りながら、ご利用者の生活意欲の向上、社会的孤立感の解消、身体機能の維持向上を図り、ご利用者の要介護又は要支援状態等の軽減や悪化の防止に役立つよう、適切なサービスの提供に努めます。又、福祉の理念に基づき、互いの人格を尊重し、ご利用者及びそのご家族の皆様に利用してよかったと笑顔で喜んでいただける施設づくりに励みます。

4 サービスの内容

(1) 相談サービス、機能訓練サービス

ご利用者の人権を尊重し、高齢者に対する敬愛をもって誰にも接し、生活相談に応じるとともに、心身の健康保持と機能の維持・回復に努めます。

(2) 食事サービス

それぞれのご利用者の身体状況に応じて調理等を考慮するとともに、楽しく食事ができるように努めます。 【 食事時間 : 12:00 ~ 13:00 】

(3) 入浴サービス

入浴前の血圧、脈拍等のチェック等を実施し、入浴の可否、入浴時間等に留意するとともに、入浴中の安全確保に努め、ゆったりとした気持ちで入浴していただけるように入浴介助等を行います。

(4) 送迎サービス

送迎を必要とするご利用者については、専用車両により送迎を行い、必要に応じて送迎車両への乗降及び移動の介助を行います。

5 利用料金等

お支払いいただく利用料金は、下記のとおりです。介護報酬額に対し、ご利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた額をお支払いいただきます。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、超えた部分については、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますので、ご注意ください。

(1) 指定地域密着型通所介護サービス利用料

区分・内容		1日(回)あたりの介護報酬額	1日(回)あたりのご利用者負担額		
《所要時間6時間以上7時間未満》			1割負担	2割負担	3割負担
基本サービス (9:45~15:45)	【要介護1】の場合	6,780円	678円	1,356円	2,034円
	【要介護2】の場合	8,010円	801円	1,602円	2,403円
	【要介護3】の場合	9,250円	925円	1,850円	2,775円
	【要介護4】の場合	10,490円	1,049円	2,098円	3,147円
	【要介護5】の場合	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円
加算・減算	入浴加算(Ⅰ)	400円	40円	80円	120円
	送迎を行わない場合の減算(片道)	-470円	-47円	-94円	-141円
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(1回/6ヶ月)	200円	20円	40円	60円

加算	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円	18円	36円	54円
	科学的介護推進体制加算(月額)	400円	40円	80円	120円
減算	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数 ×6.4%	左記 ×1割	左記 ×2割	左記 ×3割

※ 上記の介護報酬額は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記の介護報酬額も改定されます。なお、その場合は、事前に新しい介護報酬額を書面でお知らせします。

※ サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) 指定介護予防通所介護相当サービス利用料(倉敷市総合事業)

区分・内容		1か月あたりの介護報酬額	1ヶ月あたりのご利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
基本サービス	【要支援1】又は【事業対象者】の場合	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
	【要支援2】の場合	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円
加算	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(1回/6ヶ月)	200円	20円	40円	60円
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 【要支援1】又は【事業対象者】の場合	720円	72円	144円	216円
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 【要支援2】の場合	1,440円	144円	288円	432円
	科学的介護推進体制加算(月額)	400円	40円	80円	120円
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数 ×6.4%	左記 ×1割	左記 ×2割	左記 ×3割

※ 上記の介護報酬額は、倉敷市で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい介護報酬額を書面でお知らせします。

※ サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(3) その他の費用(全額自己負担分)

食費(食材料費+調理費)+おやつ代	500円/日
おむつ代	実費
個別に希望があった場合のサークル活動の材料費	実費
個別に希望があった場合の行事等にかかる費用	実費

(4) 利用料等のお支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求をさせていただきますので、月末日までに下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

- ① 現金支払い : 当事業所の窓口にてお支払いください。
- ② 銀行振込 : 下記のいずれかの振込先へお振込みください。
(ただし、振込手数料は、ご利用者のご負担でお願いいたします。)

中国銀行 玉島支店 口座番号 : (普通)1761844 口座名義 : 医療法人 高志会 理事長 柴田 豊文

玉島信用金庫 本店 口座番号 : (普通)0377116 口座名義 : 医療法人 高志会 理事長 柴田 豊文

- ③ 中国銀行の口座振替をご希望の方は職員にお申し出ください。

6 サービス利用の中止、変更について

1. ご利用者の都合によりサービスの利用の中止又は変更をする場合は、サービスの実施日の前日の午後5時までに事業所に申し出てください。なお、その場合におけるキャンセル料等は一切いただきません。
2. 事業所は、サービス利用当日、ご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することができるものとします。その場合、実施したサービス利用料金を請求させていただきます。
3. 利用者からのサービス利用の変更等の申し出に対して、事業所の状況により希望に添えないことがあります。その場合は、他の利用可能日をご利用者に提示して協議します。

6 緊急時の対応

サービス提供中に、ご利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じた時は、速やかにご利用者のご家族及び主治医等に連絡を行う等、必要な措置を講じます。

7 事故発生時の対応

- (1) ご利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族、主治医、担当の介護支援専門員又は高齢者支援センター及び関係の市町村等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、当事業所が賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (3) 事故が生じた原因を究明し、職員会議等で周知徹底する等、再発防止に努めます。

8 サービス提供に関する苦情相談窓口

当事業所の提供しているサービスに関する苦情やご相談は、下記窓口までお申し出下さい。

☆当事業所サービス苦情相談窓口☆

電 話 番 号	(086)522-0100
窓 口 担 当 者	田 中 ゆ み こ
受 付 時 間	月～土曜日(8:30～17:00) 《お盆(8/13～8/15)、年末年始(12/31～1/3)は除きます》

☆倉敷市介護保険課☆

電 話 番 号	(086)426-3343	8:30～17:15
---------	---------------	------------

《土日祝日及び年末年始(12/29～1/3)は除きます》

☆浅口市介護保険課☆

電 話 番 号	(0865)44-7113
---------	---------------

《土日祝日及び年末年始(12/29～1/3)は除きます》

☆岡山県国民健康保険団体連合会・介護サービス苦情処理係☆

電 話 番 号	(086)223-8811
---------	---------------

《土日祝日及び年末年始(12/29～1/3)は除きます》

9 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものとする。

- 一 事務所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置などを活用して行うことができるものとする。)を定期的開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底を図る。
- 二 事務所における虐待の防止のための指針を整備する。
- 三 事業所において、介護職員その他の従事者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に(年一回以上)実施する。

事務所は、サービス提供中及び利用者の居宅において、当該事業所お従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)い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するものとする。

10 非常災害対策

当事業所は、非常災害に関する具体的計画として、災害時(火災、地震(津波))対応マニュアルを策定しています。非常災害時には、当事業所職員の指示に従って避難等していただきますようお願いいたします。

11 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無：有

12 サービス利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたって、ご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス利用中に、気分が悪くなった時は、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 決められた場所以外での喫煙は、ご遠慮ください。
- (3) お酒などのアルコール類及び危険物の持ち込みは、禁止となっております。
- (4) 他のご利用者の迷惑になる行為は、ご遠慮ください。
- (5) ご利用者間での金品の貸し借り、物品の販売・購入又はそれに類する行為は、ご遠慮ください。
- (6) ノロウイルス等の感染症に罹患された場合におけるお休み後のご利用再開にあたっては、他のご利用者への感染拡大を防止するため、医療機関の検査における陰性判定が必要であることをご理解ください。
- (7) 不慣れな環境やご利用者の動作機能等の低下により転倒等が発生することがあります。その防止のためにできるだけだけの対策を講じますが、これによって転倒及び骨折・外傷を完全に防ぐことは不可能であることをご理解ください。

13 サービスの終了について

次の場合にサービスは終了となります。

(1)利用者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7日前までに文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

(2)事業所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あります。その場合は、2ヶ月前までに文書で通知します。

(3)自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
- ・利用者の要介護状態区分が要支援又は自立となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(4)その他

① 次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が、守秘義務に反した場合
- ・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が、倒産した場合

② その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。

③ 次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただくことがあります。

- ・利用者の利用料等の支払いが2ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ・利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどのハラスメント行為を含む背信行為を行った場合

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(事業者)

事業者所在地 倉敷市玉島乙島6108-1
事業者(法人)名 医療法人 高志会
代表者 理事長 柴田 豊文 印

(事業所)

事業所所在地 倉敷市玉島乙島6034-1
事業所名 柴田病院かつこうの森デイサービスセンター
(介護保険事業所番号：倉敷市 第3370204194号)

(説明者)

説明者職 柴田病院かつこうの森デイサービスセンター 管理者
氏名 田中 ゆみこ 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、サービス提供開始について同意しました。又、この文書が、サービス提供開始に係る契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

令和 年 月 日

(利用者)

住所
氏名 印

(代筆者)【続柄： 〃】

住所
氏名 印

指定地域密着型通所介護サービス等重要事項説明書

利 用 者

様

事 業 者

医療法人 高志会

(サービス提供事業所：柴田病院かつこうの森デイサービスセンター)
