

# 重要事項説明書

(通所介護サービス)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべく事項は次のとおりです。

## 1. 事業者

法人の名称	医療法人 永好会 かがクリニック
法人所在地	愛知県愛西市大井町七川北56
法人種別	医療法人
代表者氏名	理事長 加賀 克宏
電話番号	0567-31-0036

## 2. ご利用事業所

事業所名称	すまいるデイサービス ほんわか
指定年月日	令和2年8月1日
事業所在地	愛知県愛西市大井町七川北61
事業所番号	2377200791
管理者氏名	太田 篤志
電話番号	0567-33-1005
FAX番号	0567-31-3399
サービスを提供する通常の送迎地域	愛西市(旧佐屋町・旧立田村)、津島市、弥富市、海部郡蟹江町

## 3. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	愛知県知事 事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
通所リハビリテーション	平成29年6月1日	2317200109	35人
住宅型有料老人ホーム	平成29年4月1日		14人
訪問介護	平成29年4月1日	2377200726	

## 4. 事業の目的と運営の方針等

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護サービスを提供する。
運営の方針	要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

## 5. 事業所の概要

### (1) 敷地および建物

敷地	1020.55 m <sup>2</sup>	
建物	構造	鉄骨3階建て
	延べ床面積	1574.4 m <sup>2</sup>
利用定員	28名	

### (2) 主な設備(通所リハビリテーションと一部共用)

設備の種類	室数	面積	1人あたりの面積	備考
食堂兼機能訓練室	1室	155.9357 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
一般浴室	1室	51.74 m <sup>2</sup>		
機械浴室				
相談室	1室	6.72 m <sup>2</sup>		
静養室	1室	10.083 m <sup>2</sup>		

## 6. 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	人数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1		介護福祉士	
生活相談員	2		2		介護福祉士	
看護職員	3		3		看護師/准看護師(併設連携医療機関との連携あり)	
介護職員	8		5	3	准看護師、介護福祉士、実務者研修、初任者研修	
機能訓練指導員	2	1	1		看護師、准看護師	

## 7. 営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日ただし12月30日～1月3日は除く
営業時間	8時20分～17時20分
サービス提供時間	9時00分～16時40分

## 8. 利用者負担金

利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担 (費用全体に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額 1割又は2割又は3割)
- ② 運営基準「厚生労働省令」で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)
- ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額、自己負担)

### (1) 介護保険給付サービス

① 通所介護費		通常規模		負担金算出方法	
	実施時間	1日の単位数			
要介護1	7～8時間	658 点		1) ①×利用日数=A	
要介護2	7～8時間	777 点		2) ②×回数=B	
要介護3	7～8時間	900 点		3) ③×回数=C	
要介護4	7～8時間	1,023 点		4) ④×回数=D	
要介護5	7～8時間	1,148 点		5) ⑤×利用日数=E	
				6) ⑥×利用日数=F	
				7) ⑦×1=G	
② 個別機能訓練加算(I)イ		56 点	1回	8) (A+B+C+F)×12.0%=⑥	
③ 個別機能訓練加算(II)		20 点	1月	9) (A+B+C+F+⑥)×10.27×0.1	
④ 入浴介助加算(I)		40 点	1回	又は0.2又は0.3 =1ヶ月の負担金	
⑤ 入浴介助加算(II) (該当した場合のみ)		55 点	1回	(A+B+C+F+⑥+⑦+⑧)×12×0.1	
⑥ 科学的介護推進体制加算		40 点	1月	※小数点以下は、8、9)は四捨五入、11)は切り捨て	
⑦ 同一建物減算 (該当した場合のみ)		△ 94 点	1回		
				⑧ サービス提供体制強化加算 I 22単位	
⑨ 生活機能向上連携加算 I (該当した場合のみ)		100 点	1月		
⑩ 介護職員処遇改善加算 I ロ	12.0%			⑪ 口腔栄養スクリーニング加算 20単位(2・8月)	

### (2) 介護保険給付外サービス

① 食費	1食あたり	760 円	② おむつ代	100 円
③ リハビリパンツ代		150 円	④ パット代	50 円
⑤ 通常の送迎サービス提供実施地域以外の送迎代	通常の事業の実施区域を越えた地点から、おおむね1キロメートルごとに			
⑥ 日常生活品費		実費		100 円

通所介護 1日あたりの自己負担 見積額は 約 円

※ 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員からの説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

## 9. 料金のお支払い方法

料金・費用は毎月10日までに前月分の利用料金等を請求しますので、20日までに下記の方法でお支払いください。

- ① 当事業所窓口へ直接お支払いいただく方法 (なるべく、おつりのないようをお願いいたします。)
- ② 当事業所口座へ振り込みによりお支払いいただく方法 (振込み手数料はご負担ください。)  
(口座名は 医療法人 永好会 )  
大垣共立銀行 蟹江支店 (普通) 126737
- ③ 預金口座振替にて引落としにより、お支払いいただく方法 (預金口座振替依頼書にお申しいただきます。)

お支払いを確認いたしましたら、領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。

## 10. 通所サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
入 浴	必要な方は職員が介助いたします。 ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、シャワー 浴、機械による入浴、または清拭を行います。
排 泄 の 介 助	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより、身体機能低下を防止するように努めます。また、体操・レク活動・行事を通じて、健康維持・増進に努めます。
健 康 管 理	入浴前に看護職員が健康状態を確認いたします。 利用時間中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。
相 談 及 び 援 助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。
送 迎	身体状況など一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付送迎車などで送迎を行います。ご家族による送迎も可能です。

### (2) 介護給付外サービス

サービスの種類	内 容
昼 食 の 提 供	栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。 栄養士による食材の検収により、新鮮で良質な食材を調理いたします。
オ ム ツ の 提 供	ご利用者の状況によっては、施設に用意したおむつを提供いたします。
レクリエーション行事	行事計画に基づき、各種レクリエーションを提供いたします。

## 11. サービス利用の中止

ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

キ ャ ン セ ル 料	食費相当額（当日9時以降のご連絡はキャンセル料を申し受けず）
-------------	--------------------------------

## 12. 苦情 相談等の窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

① 当 事 業 所 相 談 室	責任者（太田 篤志）
	窓口担当者（加藤 さつき・小林 咲乃）
	ご利用時間 毎日午前9時00分～午後5時00分
	ご利用方法 電 話 0567-33-1003
	F A X 0567-31-3399 直接ご面談などによる

公的機関においても、次の機関において苦情申立等ができます。

② 行 政 機 関	愛西市役所 高齢福祉課 TEL 0567-26-8111
	弥富市役所 介護高齢課 TEL 0567-65-1111
	蟹江町役場 介護支援課 TEL 0567-95-1111
	津島市役所 健康福祉部高齢介護課 TEL 0567-24-1111
	愛知県国民健康保険団体連合会 TEL 052-971-4165

## 13. 非常災害時の対策

非 常 時 の 対 応	別途定める『医療法人永好会 消防規定』にのっとり、対応いたします。
平 常 時 の 訓 練 等 防 火 設 備	別途定める『医療法人永好会 消防規定』にのっとり、年1回以上サービス提供時を想定した避難訓練を行います。

## 14. 第三者による評価の実施状況

① あり ② なし

<ありの場合>

実施日： 年 月 日 評価機関名称：

結果の開示： 有・無

## 15. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

保険会社名 あいおいニッセイ同和損保保険  
 保険名 介護保険・社会福祉事業者総合保険  
 保険の概要 対人・対物損害責任

16. 秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。
当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。
当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができるものとします。
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(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとします。

17. 通所介護計画の作成について

居宅サービス計画の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、通所介護計画を作成します。
通所介護計画の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに通所介護計画を交付いたします。

18. 当事業所をご利用の際に留意いただく事項

Table with 2 columns: Category (設備・器具の利用, 喫煙・飲酒, 迷惑行為等, 所持品、現金等の管理, 宗教活動・政治活動, その他) and Description (施設内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください...)

(カスタマーハラスメントの禁止と適切な労働環境の確保)

- 1. 当事業所は、「厚生労働省の定める「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」及び指針に基づき、職員が安心して質の高いサービスを提供できる労働環境を維持するため、利用者及びその家族等(以下「利用者等」という)による以下の行為(以下「カスタマーハラスメント」という)を禁止します。
・身体的な攻撃(暴行、傷害)
・精神的な攻撃(脅迫、中傷、名誉棄損、侮辱、暴言)
・威圧的な言動、土下座の強制、正当な理由のない過度な要求
・執拗なつきまとい、長時間の拘束、性的な言動(セクシャルハラスメント)
・その他、職員の心身を傷つけ、労働環境を悪化させる一切の行為
2. 当事業所は、利用者等によるカスタマーハラスメントが行われたと判断(適切な段階を踏まえ判断)した場合、直ちにサービスの提供を中止し、状況の改善を求めることができます。
3. 前項の改善要求にもかかわらず事態が継続する場合、またはハラスメントの内容が著しく悪質であると判断される場合、当事業所は厚生労働省の指針に則り、本契約を解除することができるものとします。

「当事業所では、厚生労働省の指針に基づき、ハラスメントのない環境づくりに努めております。これはすべての利用者様に安心して継続的なサービスを提供するための措置ですので、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

19. 緊急時(事故発生時)の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、県、市町村及び事前の打合せに基づき、利用者の家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

Table for emergency contact information with columns for Family (ご家族) and Doctor (主治医), and rows for Name, Contact (連絡先), and Work/Phone (勤務先/携帯電話).

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定通所介護事業者 医療法人永好会 すまいる デイサービス ほんわか

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業所から、重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者 住所 \_\_\_\_\_
氏名 \_\_\_\_\_
ご利用者の家族等 住所 \_\_\_\_\_
氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_