

令和 年 月 日

「指定通所介護」
「通所型サービス」 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(和歌山市指定番号 3070100296)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護・通所型サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 浩和会 |
| (2) 法人所在地 | 和歌山県和歌山市明王寺3番地1 |
| (3) 電話番号 | 073-466-2233 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 上野 包代 |
| (5) 設立年月日 | 平成9年8月19日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護・通所型サービス事業所 |
| (2) 事業の目的 | 指定通所介護・通所型サービスの事業の適正な運営を確保するため人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員及び介護職員等が、要介護状態、要支援状態又は事業対象者の高齢者に対し、適正な指定通所介護・通所型サービスを提供することを目的とする。 |
| (3) 事業所の名称 | 竹の里園デイサービスセンター |
| (4) 事業所の所在地 | 和歌山県和歌山市明王寺3番地1 |
| (5) 電話番号 | 073-466-2233 |
| (6) 事業所管理者 | 氏名 小熊 大輔 |
| (7) 当事業所の運営方針 | 事業所の通所介護員等は要介護者等の心身の特性を踏まえ、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、施設において入浴、食事の提供、機能訓練等を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の解消を図ると共に事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスに努めるものとする。 |
| (8) 開設年月日 | 平成12年4月1日 |

(9) 事業者が行っている他の業務

当事業者は、次の事業もあわせて実施しています。

【介護老人福祉施設】 平成12年2月14日 和歌山市指定番号 3070100817 定員 50名

- 【短期入所生活介護】 平成 12 年 2 月 14 日 和歌山市指定番号 3070100296 定員 10 名
- 【居宅介護支援事業】 平成 12 年 9 月 10 日 和歌山市指定番号 3070100296
- 【認知症対応型共同生活介護】 平成 13 年 4 月 1 日 和歌山市指定番号 3070100296 定員 9 名
- 【診療所】 平成 11 年 2 月 16 日 和歌山市指定番号 3010112070
- 【通所介護Ⅱ】 平成 17 年 11 月 1 日 和歌山市指定番号 3070105089
- 【地域密着型特定施設入居者生活介護】 平成 20 年 11 月 10 日 和歌山市指定番号 3090100359
定員 27 名
- 【地域密着型介護老人福祉施設】平成 24 年 5 月 1 日 和歌山市指定事業所番号 3090100623
定員 29 名
- 【短期生活介護Ⅲ】平成 24 年 5 月 1 日 和歌山市指定事業所番号 3070108810 定員 10 名

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 和歌山市、海南市、貴志川町
(通所型サービスは和歌山市・海南市に限る)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土・祝日
受付時間	月～土・祝日 8時00分～17時00分
サービス提供時間帯	月～土・祝日 8時30分～17時00分

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護・通所型サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	
管理者	1 名
生活相談員	1 名以上
機能訓練指導員	1 名以上(兼務)
事務職員	1 名
看護職員	1 名以上(兼務)
介護職員	3 名以上

5. 設備の概要

定 員	25 名	静養室	1 室 4 床
食堂兼機能訓練室	1 室 203.5 m ²	相談室	1 室
浴 室	一般浴・特殊浴槽	送迎車	7 台
マッサージ機 ・ 高電位治療器 5 台 ・ 赤外線治療器 2 台			

6. サービス内容

- (1) 送 迎・・・当事業所の車両で、自宅まで送り迎え致します。
- (2) 食 事・・・旬の味を献立に取り入れ、高齢者向きに調理しています。
- (3) 入 浴・・・身体の状態に応じた入浴形態で実施しています。
- (4) 個別機能訓練・・・機能訓練指導員の指示のもと身体の状態に応じた訓練を実施しています。

- (5) 口腔ケア・・・ブラッシングの指導や摂食機能の訓練を実施しています。
- (6) 生活相談
- (7) 趣味・レクリエーション
- (8) 健康チェック

7. 料 金

(1) 介護給付サービス 1単位＝10.27円

①通所介護

・基本料金

1日あたりの自己負担金の目安

	2時間以上3時間未満			3時間以上4時間未満			4時間以上5時間未満		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	280円	559円	838円	380円	760円	1,140円	399円	797円	1,196円
要介護2	319	637	955	435	869	1,304	456	912	1,368
要介護3	361	721	1,082	492	984	1,476	516	1,031	1,547
要介護4	403	805	1,208	548	1,095	1,642	576	1,151	1,726
要介護5	444	888	1,331	604	1,208	1,812	634	1,268	1,901

	5時間以上6時間未満			6時間以上7時間未満			7時間以上8時間未満		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	585円	1,171円	1,756円	600円	1,200円	1,800円	676円	1,352円	2,028円
要介護2	692	1,383	2,074	708	1,416	2,123	798	1,596	2,394
要介護3	798	1,596	2,394	818	1,635	2,453	925	1,849	2,773
要介護4	904	1,808	2,712	926	1,851	2,776	1,051	2,102	3,152
要介護5	1,011	2,021	3,032	1,036	2,071	3,106	1,179	2,358	3,537

	8時間以上9時間未満		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	687円	1,374円	2,061円
要介護2	813	1,625	2,437
要介護3	940	1,880	2,820
要介護4	1,069	2,139	3,208
要介護5	1,200	2,399	3,599

・加算料金

職員の配置等により変動が生じます。

	単位数	負担額 1 割	負担額 2 割	負担額 3 割
サービス提供体制加算 I	1 日につき 1 8 単位	1 9 円	3 7 円	5 6 円
入浴加算 I	4 0 単位	4 1 円	8 2 円	1 2 3 円

② 予防給付型通所サービス

・基本料金

	1 月の単位	自己負担額 (1 割)	自己負担額 (2 割)	自己負担額 (3 割)
要支援 1	1 7 9 8 単位	1, 8 4 7 円	3, 6 9 3 円	5, 5 4 0 円
要支援 2	3 6 2 1 単位	3, 7 1 9 円	7, 4 3 8 円	1 1, 1 5 7 円

・加算料金

* 職員の配置等により変動が生じます。

	介護度	1 月の単位数	自己負担 (1 割)	自己負担 (2 割)	自己負担 (3 割)
サービス提供体制加算 II	要支援 1	7 2 単位	7 4 円	1 4 8 円	2 2 2 円
	要支援 2	1 4 4 単位	1 4 8 円	2 9 6 円	4 4 4 円

③ 通所介護・予防給付型通所サービス共通加算

加算		1 割	2 割	3 割
事業所が送迎を行わない場合	片道につき 4 7 単位減算	4 9 円	9 7 円	1 4 5 円
介護職員等処遇改善加算 I	1 月につき + 所定単位 × 92/1000 × 10.27 円			

※但し、厚生労働大臣の定めた料金が改定された場合は、この限りにありません。

(3) 介護給付対象外サービス

- ① 食事代 (食事の材料費及び調理費) …… 昼食・夕食 各 520 円
- ② レクリエーション …… 実費
- ③ 連絡ノート …… 実費
- ④ オムツ代他 …… 実費
- ⑤ 延長サービス費 …… 17 時時以降 30 分毎 300 円 (基本 18 時まで)

(4) 支払方法

毎月、10 日までに前月分の請求をいたしますので、20 日以内にお支払い下さい。
お支払いいただきますと、領収証を発行します。

現金支払い、又は銀行振り込み (手数料別途)

8. サービスの終了

(1) ご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 1 週間前までにお申し出下さい。

(2) 当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ございます。ようその場合は、終了 1 か月前までに文書で通知いたします。

(3) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ① ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ② 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当 (自立) と認定され、さらに基本チェックリストにおいても事業対象者に該当

しないと判断された場合

③ご利用者がお亡くなりになった場合

(4) その他

①当事業所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、ご利用者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、または当事業所が破産した場合、ご利用者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。

②ご利用者が、サービス利用料金の支払を3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20日以内に支払わない場合、ご利用者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、またはご利用者やご家族などが当事業所や当事業所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、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。

9. サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡…事前に連絡していますが、休まれる場合は早めに連絡して下さい。
- ・体 調 確 認…バイタルチェックを行います。
- ・体調不良等によるサービスの中止・変更…体調が思わしくない場合は、早い目に職員に申し出て下さい。

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所に対する苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者)

[職名] 生活相談員 小熊 大輔

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:00～17:00

○電話番号 073-466-2233

○担当者が不在の場合は、事務所までお申し出下さい。

○苦情受付箱を設置しておりますのでご利用下さい。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

和歌山市役所介護保険室	所在地	和歌山市七番丁23
	電話番号	073-435-1190
海南市役所高齢介護課	所在地	海南市南赤坂11番地
	電話番号	073-483-8762
紀の川市役所高齢介護課	所在地	紀の川市西大井338番地
	電話番号	0736-77-2511
国民健康保険団体連合会	所在地	和歌山市吹上二丁目1の22 日赤会館内
	電話番号	073-427-4662 073-427-4668
和歌山県社会福祉協議会	所在地	和歌山市手平二丁目1-2 (県民交流プラザ和歌山ビッグ愛)
	電話番号	073-435-5222
	受付時間	9:00～17:30

1 1. 秘密保持

(1) 事業者、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) 事業者は、サービス担当者会議、及びサービス提供にあたり、必要と思われる個人情報を提供することがあります。

1 2. 第三者評価の実施について

提供するサービスの第三者評価は実施しておりません。

1 3. 非常災害対策について

非常災害に対する具体的な計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため設備を整備し、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

1 4. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行いません。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、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について記録します。

1 5. 緊急時・事故発生時の対応方法

ご利用者に容態の変化があった場合、又サービスの提供により事故が発生した場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家庭の方や市町村に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
続 柄	

主治医

病院又は診療所名	
医 師 名	
住 所	
電 話 番 号	

指定通所介護・通所型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。

令和 年 月 日

指定通所介護 竹の里園
説明者職氏名 生活相談員

小 熊 大 輔 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護・通所型サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名 印

代理人 住 所

氏 名 印