

平成30年10月 1日作成

「指定通所介護」重要事項説明書

社会福祉法人 大和社会福祉事業センター
指定通所介護事業所「ハートタウン平成の杜」

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(岐阜県指定 2170200683号)

当事業所はご契約者に対して、指定通所介護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、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

目次

1. 事業者
2. ご利用事業所
3. ご利用事業所であわせて実施する事業
4. 職員体制（主たる職員）
5. 職員の勤務体制
6. 営業日、営業時間及びご利用の予約
7. 通常の事業の実施地域
8. 当事業所が提供するサービスと利用料金等について
9. キャンセル料
10. 通所介護計画
11. 苦情等申立先
12. 協力医療機関
13. 非常災害時の対応
14. 秘密の保持
15. 事故発生時の対応等
16. 第三者による評価の実施状況
17. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

1. 事業者

- (1) 法人名 : 社会福祉法人 大和社会福祉事業センター
- (2) 法人所在地 : 岐阜県関市春里町3丁目3番34号
- (3) 電話番号 : 0575-22-2377
- (4) 代表者氏名 : 理事長 小川 長
- (5) 設立年月日 : 昭和55年4月14日

2. ご利用事業所

- (1) 事業所の種類 : 指定通所介護事業所・平成17年7月1日指定
岐阜県 2170200683号
- (2) 事業所の目的 : 要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 : 指定通所介護事業所 ハートタウン平成の杜
- (4) 事業所の所在地 : 岐阜県関市中之保4517-2
- (5) 電話番号 : 0575-40-0310
- (6) 施設長 : 氏名 久保田 靖正
- (7) 事業所の運営方針
要介護者などの心身の特性を踏まえ、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介護、日常生活及び機能訓練を行うと共に、家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るための支援を行うものとする。
- (8) 開設年月日 : 平成17年7月1日
- (9) 入所定員 : 30人(1日あたり)

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

| 事業の種類 | | 岐阜県知事の事業者指定 | | 利用定数 |
|-------|--------------|-------------|----------------|------|
| | | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 施設 | 特別養護老人ホーム | 平成17年7月1日 | 岐阜県2170200675号 | 90人 |
| 居宅 | 通所介護 | 平成17年7月1日 | 岐阜県2170200683号 | 30人 |
| | 国基準相当通所型サービス | 平成30年4月1日 | 関市2170200683号 | |
| | 短期入所生活介護 | 平成17年7月1日 | 岐阜県2170200675号 | 10人 |
| | 介護予防短期入所生活介護 | 平成18年4月1日 | 岐阜県2170200675号 | |
| | 訪問介護 | 平成17年7月1日 | 岐阜県2170200691号 | |
| | 国基準相当訪問型サービス | 平成30年4月1日 | 関市2170200691号 | |

4. 職員体制（主たる職員）

当施設では、ご利用者に対して指定介護通所介護サービスを提供する職員として、以下のような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。

- ① 施設長 1名 施設長は管理者として施設の業務を統括する。
- ②生活相談員 1名 生活相談員は利用者・利用希望者及びその家族の生活処遇相談生活・行動プログラムの作成と指導、市町村やボランティアとの連携・指導その他、各種相談援助活動に従事する。
- ③介護職員 2名以上 介護職員は利用者の介護並びに日常生活上の世話等を行う。
- ④看護職員 1名以上 看護職員は利用者の看護・介護並びに日常生活上の世話等を行う。
- ⑤機能訓練指導員 1名以上（看護職員が兼務する）機能訓練指導員は利用者が日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またはその減退を防止するための訓練を行う。

5. 職員の勤務体制

| 職 種 | 勤務体制 | 休 暇 |
|-----------|---------------------------|---------------|
| 施 設 長 | 日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 生 活 相 談 員 | 日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 介 護 職 員 | 日勤（8:30～17:30） | 原則として 4週8休 |
| 看 護 職 員 | 日勤の勤務時間帯（8:30～17:30） | 同上 |
| 機能訓練指導員 | 8:30～17:30 まで勤務（看護職員と兼務） | 同上 |

6. 営業日、営業時間及びご利用の予約

| | |
|---------|--|
| 営 業 日 | 毎週日曜日から金曜日までとする。但し、毎年12月30日～翌年1月3日の間は除きます。 |
| 営 業 時 間 | 午前9時45分から午後4時までとする。 |

7. 通常の事業の実施地域

実施地域は、関市のうち旧武儀町と旧上之保村の全域並びに神野地区及び加茂郡七宗町神淵地区とする。

8. 当事業所が提供するサービスと利用料金等について

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

| |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

●利用者負担割合（1割、2割又は3割）によって自己負担額が異なります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（1割負担）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<通所介護サービス費利用者負担分（1割）>（6時間以上7時間未満）

| 要介護度 | 自己負担額(1日分) |
|------|------------|
| 要介護1 | 572円 |
| 要介護2 | 676円 |
| 要介護3 | 780円 |
| 要介護4 | 884円 |
| 要介護5 | 988円 |

<その他介護保険による加算（1割）>

| 各種加算 | 自己負担額 | 参考事項 |
|---------------------|---------------|--------|
| 入浴介助加算 | 50円 | 1日あたり |
| サービス提供体制強化加算 I（イ） | 18円 | 1回あたり |
| サービス提供体制強化加算 I（ロ） | 12円 | 1回あたり |
| サービス提供体制強化加算 II・III | 6円 | 1回あたり |
| 個別機能訓練加算 I | 46円 | 1日あたり |
| 個別機能訓練加算 II | 56円 | 1日あたり |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 60円 | 1日あたり |
| 栄養改善加算 | 150円 | 月2回限度 |
| 口腔機能向上加算 | 150円 | 月2回限度 |
| 認知症加算 | 60円 | 1日あたり |
| 中重度者ケア体制加算 | 45円 | 1日あたり |
| 通所介護送迎減算 | -47円 | 1回あたり |
| 介護職員処遇改善加算 I | サービス利用料金の5.9% | 1ヶ月あたり |

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（2割負担）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常8割）が介護保険から給付されます。

<通所介護サービス費利用者負担分（2割）>（6時間以上7時間未満）

| 要介護度 | 自己負担額(1日分) |
|------|------------|
| 要介護1 | 1,144円 |
| 要介護2 | 1,352円 |
| 要介護3 | 1,560円 |
| 要介護4 | 1,768円 |
| 要介護5 | 1,976円 |

<その他介護保険による加算（2割）>

| 各種加算 | 自己負担額 | 参考事項 |
|---------------------|---------------|--------|
| 入浴介助加算 | 100円 | 1日あたり |
| サービス提供体制強化加算 I（イ） | 36円 | 1回あたり |
| サービス提供体制強化加算 I（ロ） | 24円 | 1回あたり |
| サービス提供体制強化加算 II・III | 12円 | 1回あたり |
| 個別機能訓練加算 I | 92円 | 1日あたり |
| 個別機能訓練加算 II | 112円 | 1日あたり |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120円 | 1日あたり |
| 栄養改善加算 | 300円 | 月2回限度 |
| 口腔機能向上加算 | 300円 | 月2回限度 |
| 認知症加算 | 120円 | 1日あたり |
| 中重度者ケア体制加算 | 90円 | 1日あたり |
| 通所介護送迎減算 | -94円 | 1回あたり |
| 介護職員処遇改善加算 I | サービス利用料金の5.9% | 1ヶ月あたり |

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（3割負担）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常7割）が介護保険から給付されます。

<通所介護サービス費利用者負担分（3割）>（6時間以上7時間未満）

| 要介護度 | 自己負担額(1日分) |
|------|------------|
| 要介護1 | 1,716円 |
| 要介護2 | 2,028円 |
| 要介護3 | 2,340円 |
| 要介護4 | 2,652円 |
| 要介護5 | 2,964円 |

<その他介護保険による加算（3割）>

| 各種加算 | 自己負担額 | 参考事項 |
|---------------------|---------------|--------|
| 入浴介助加算 | 150円 | 1日あたり |
| サービス提供体制強化加算 I（イ） | 54円 | 1回あたり |
| サービス提供体制強化加算 I（ロ） | 36円 | 1回あたり |
| サービス提供体制強化加算 II・III | 18円 | 1回あたり |
| 個別機能訓練加算 I | 138円 | 1日あたり |
| 個別機能訓練加算 II | 168円 | 1日あたり |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 180円 | 1日あたり |
| 栄養改善加算 | 450円 | 月2回限度 |
| 口腔機能向上加算 | 450円 | 月2回限度 |
| 認知症加算 | 180円 | 1日あたり |
| 中重度者ケア体制加算 | 135円 | 1日あたり |
| 通所介護送迎減算 | -141円 | 1回あたり |
| 介護職員処遇改善加算 I | サービス利用料金の5.9% | 1ヶ月あたり |

■ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

■介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

<サービスの概要>

| 種 類 | 内 容 | 自己負担額 |
|---------|--|-----------------|
| 入 浴 | ・入浴中の利用者の観察を含む介助を行います。 | サービス費に包括されています。 |
| 送 迎 | ・身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で送迎を行います。 | |
| 離床、整容等 | ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・整容その他日常生活上の適時適切なお世話。 | |
| 排 泄 | ・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 | ・看護職員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 | |
| 健 康 管 理 | ・利用中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。 | |
| 相談及び援助 | ・当事業所は、利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 | |

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

| サービスの種別 | 内 容 | 自己負担額 |
|-----------------|--|---|
| 食 事 の 提 供 | ・管理栄養士による食材の検収により、新鮮で安価な食材を提供します。 ・利用者の身体状況に配慮した献立表に基づき、栄養価が高くバラエティーに富んだ食事を提供します。(おやつも含む) | 昼食 1日あたり 670円 |
| お む っ 代 | ・おむつはご持参いただいてもかまいませんが、当事業所でもご希望があれば実費にてご提供できます。 | 紙パンツ・オムツ 1枚につき 100円 尿とりパット 1枚につき 50円 |
| 日常生活上必要となる諸費用実費 | ・日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。 | 実費相当額 |

(3) 利用料金の支払い方法について

前記にかかる利用料金は、サービス利用当月の月末締めで集計させていただきます。
翌月の10日に請求させていただき、請求月の25日までに下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

ア<当事業所 事務所窓口での現金支払い>

イ<指定口座への振込み>

指定口座 関信用金庫 桜ヶ丘支店 普通預金 0205207

社会福祉法人 大和社会福祉事業センター

特別養護老人ホーム ハートタウン平成の杜

指定口座 めぐみの農業協同組合 津保川支店 普通預金 0002770

社会福祉法人 大和社会福祉事業センター

ハートタウン平成の杜

※ 入金者名は利用者様の名前をお願いします。

※ 入金を確認後、領収書を郵送させていただきます。

ウ<指定口座からの自動引落し>

当事業所では、めぐみの農業協同組合津保川支店で自動引落しの契約を結んでいます。契約時においてご契約者に所定の用紙で申し込んでいただきます。

9. キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

| | |
|----------|---------|
| キャンセル日 | キャンセル料 |
| 利用開始当日 | 当日食事負担分 |
| 利用開始前日まで | 無料 |

10. 通所介護計画

- ・当事業所では、あなたの心身の状況や御希望、環境を踏まえて、機能訓練などの目標、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した通所介護計画を作成します。この通所介護計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。

11. 苦情等申立先

(1) 事業所

| | | |
|-----------|-------|---------------------|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当者 | 生活相談員 森 浩太郎 |
| | ご利用時間 | 8:30～17:30 (土、日を除く) |
| | ご利用方法 | TEL 0575-40-0310 |
| | | FAX 0575-49-3800 |

(2) 行政機関その他受付機関

| | 住 所 | 電 話 |
|-----------|---------------------|---------------|
| 岐阜県中濃県事務所 | 岐阜県美濃市生櫛 1612-2 | (0575)33-4011 |
| 関市 | 岐阜県関市若草通 3-1 | (0575)22-3131 |
| 関市武儀事務所 | 岐阜県関市中之保 5696-1 | (0575)49-2121 |
| 関市上之保事務所 | 岐阜県関市上之保 15119-1 | (0575)47-2002 |
| 加茂郡七宗町 | 岐阜県加茂郡七宗町上麻生 2442-3 | (0574)48-1111 |

1 2. 協力医療機関

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 中濃厚生病院 |
| 院長名 | 鷹津 久登 |
| 所在地 | 〒501-3802 岐阜県関市若草通 5-1 |
| 電話番号 | 0575-22-2211 |
| 診療科 | 内科、小児科、耳鼻科、外科、皮膚科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、リハビリテーション科 |
| 救急指定の有無 | 有 |

| | |
|---------|---|
| 医療機関の名称 | 関中央病院 |
| 院長名 | 植松 孝広 |
| 所在地 | 〒501-3919 岐阜県関市平城通 2-6-18 |
| 電話番号 | 0575-22-0012 |
| 診療科 | 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、外科、肛門科、整形外科、放射線科、リハビリテーション科 |
| 救急指定の有無 | 有 |

1 3. 非常災害時の対応

| | | | | |
|-----------------|--|-----|-------------------|-----|
| 非常時の対応 | 別に定める「特別養護老人ホームハートタウン平成の杜 消防計画」にのっとり対応を行います。 | | | |
| 平常時の訓練等 防災設備 | 別に定める「特別養護老人ホームハートタウン平成の杜 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 662 | 消火器 | 34 |
| | 避難すべり台 | 1 | 非常通報装置 | 4 |
| | 自動火災報知機 | 13 | 非常警報設備 (スピーカー) | 167 |
| | 避難階段 | 3 | 誘導灯 | 44 |
| | カーテン等は防災性能のあるものを使用しております。 | | | |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：平成22年4月21日 防火管理者：久保田靖正 | | | |

1 4. 秘密の保持

- (1) 事業所及びサービス従事者又は従業員は、通所介護サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業所は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) (2)にかかわらず、利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者又は利用者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

1 5. 事故発生時の対応等

| | |
|-----------|--|
| 事故発生時の対応 | 事業所は、介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族・ご利用者の後見人又は身元引受人等関係者に連絡・報告を行うとともに、ご利用者の生命の安全の確保を最優先にした対応を講じます。 |
| 損害賠償 | 事業所は、サービス提供によりご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、事業所に故意過失がない場合はこの限りではありません。また、ご利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。 |
| 事業所賠償責任保険 | 事業所は、万一の事故の発生に備えて、「事業所賠償責任保険」に加入しています。 |

損害賠償がなされない場合

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項又はサービス実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して発生した場合。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の急激な体調の変化等、施設の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して発生した場合。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者が、事業所の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して発生した場合。 |

1 6. 第三者による評価の実施状況

| | | | |
|---------------|------|--------|-----------|
| 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 | | |

17. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|-------------------|---|
| 来 訪 ・ 面 会 | 来訪者は面会時間（9:45～16:00）を遵守し、必ずその都度職員に届け出て面会者名簿にご記入ください。 |
| 連 絡 事 項 | 当事業所が必要と認めた場合はかかりつけ医の意見書をとっていただく事があります。 主治医からの注意事項や体調の変化などがある場合は、必ずご連絡下さい。 感染症（結核、肺炎、MRSA、伝染病の皮膚疾患等）がある場合は必ず事前にお申し出下さい。 |
| 設 備 ・ 器 具 の 利 用 | 事業所内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫 煙 ・ 飲 酒 | 当事業所では飲酒、喫煙は全面禁止となっております。 |
| 迷 惑 行 為 等 | 騒音等他の利用者のご迷惑になる行為はご遠慮願います。 |
| 現 金 等 の 管 理 | 高額な現金、高価な貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。 |
| 宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動 | 事業所内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |

付 則

この重要事項説明書は、平成17年 7月 1日より施行する。

平成17年10月 1日改訂
 平成18年 4月 1日改訂
 平成18年 9月 1日改訂
 平成19年10月 1日改訂
 平成21年 4月 1日改訂
 平成22年 5月 1日改訂
 平成23年 4月 1日改訂
 平成24年 4月 1日改訂
 平成24年11月 1日改訂
 平成26年 2月 1日改訂
 平成26年 4月 1日改訂
 平成26年11月 1日改訂
 平成27年 4月 1日改訂
 平成27年 8月 1日改訂
 平成27年10月15日改訂
 平成29年 4月 1日改訂
 平成30年 4月 1日改訂
 平成30年 8月 1日改訂
 平成30年10月 1日改訂

私は、本書面に基づいて事業所の職員（職名 生活相談員 氏名 森 浩太郎）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

平成 年 月 日

利用者 住所_____

氏名_____⑩

利用者の家族等 住所_____

氏名_____⑩

続柄_____

(注) 事業所利用契約における、事業所利用の際の留意事項を含む。