

重要事項説明書

通所介護

この通所介護重要事項説明書は、ご利用者が、通所介護を受けられるに際し、予めご利用者やそのご家族に対し、当事業所の運営規程の概要や従事者などの勤務体制、その他のご利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。ご利用者にこの文書を交付して、ご説明申しあげることが、事業者の義務として法令上規定されております。

◇当社が提供するサービスについての相談窓口は◇

電話番号	0120-508-085
担当窓口	社会福祉法人 うねび会
苦情・相談受付窓口	
電話番号	0742-20-0280
担当者	井川 里美

【1】 事業の目的

この事業は、社会福祉法人うねび会が開設するデイサービス事業所が行う指定通所介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、当事業所では介護の状態にある高齢者に対し、ひとりひとりゆっくりと穏やかに生活していただけるよう適正な通所介護・第一号通所事業を提供することを目的とする。

【2】 運営方針

- ① 「尽道楽生」～ゆっくり、楽しく、一緒に～の理念のもと「笑い」と「穏やかな生活」を常に求め、ひとりひとりの尊厳を大切にしてお世話をさせていただきます。
- ② 家庭的な環境のもとで日常生活上のお世話及び生活リハビリテーションを行い、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援助を行います。
- ③ 健康維持のため健康管理に努め、協力医療機関との連携を密にします。
- ④ 自然との触れ合いを大切にします。
- ⑤ 関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

【3】 事業所の概要

事業所の名称	ぼれぼれケアセンター青山
指定事業所番号	2970190464
事業所の所在地	〒630-8101 奈良県奈良市青山4丁目3番地3
管理者	井川 里美
電話番号	0742-20-0280
FAX番号	0742-20-0201

【4】 施設の概要

建 物	構造	木造2階建	
	床面積	393.60㎡	
利用定員		30名（介護給付者を含む）	
設 備	食 堂	1室	
	浴 室	1室（2浴槽）	
	便 所	5カ所	
	機能訓練室	1室（食堂兼）	
	静養室	1室	
	事務室	1室	
	相談室	1室	
	風除室	1室	

【5】 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月2日）を除きます。
営業時間	午前8時から午後5時30分まで
サービス 提供時間	午前9時から午後4時15分まで なお、延長のご利用についてはご相談下さい

【6】 職員体制（主たる職員）

	常勤		非常勤		合計
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			1
相談員		1		1	1名以上

看護師		1		2	1名以上
機能訓練指導員		1	2	1	1名以上
介護福祉士		2		1	1名以上
2級、初任者研修、実務者研修修了者			1		1名以上
事務員					

職務内容

(1) 管理者（兼務）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定通所 介護・総合事業通所型サービスの提供に当たる。

(2) 従業者 生活相談員 看護職員 介護職 機能訓練指導員

従業者は指定通所介護・総合事業通所型サービスの提供に当たる。

【7】 サービスの内容

(1) 提供時間	9：00～16：15 なお、延長のご利用についてはご相談下さい。	
(2) 送 迎	奈良市、生駒市、大和郡山市、天理市、木津川市、相楽郡	
(3) 食 事	温かい食事を提供します。 家庭的な食事を召し上がっていただきます。	
(4) 入 浴	自宅での入浴を含め、入浴動作、更衣動作の維持・向上を目指します。 入浴が困難な方はシャワー浴やリフトを使って入浴していただきます。	
(5) 生活リハビリ	行事・レクリエーションを楽しみながら機能回復を目指します。	
(6) 行事・レクリエーション	ドライブや散歩で自然に触れていただきます。 趣味・娯楽等で楽しんでいただきます。	
(7) 健康管理	入浴・外出（ドライブ・散歩）前のバイタルチェック実施。 緊急等必要な場合は、協力医療機関へ受診させていただきます。	
(8) 協力医療機関	① 高の原中央病院	奈良市右京1丁目3番地の3 ☎0742-71-1030
	② しらい内科医院	奈良市青山4丁目2-3 ☎0742-27-4858
	② ホームケアクリニック奈良	奈良市左京3丁目20-11 ☎0742-93-4888
	③ ゆめはんな歯科クリニック	奈良市右京1-6-1 ☎0744-28-5817

(9) 相談及び援助	ご利用者及びそのご家族から福祉、医療、保険等の相談についても誠意をもって応じ、可能な限り援助を行うように努めます。
------------	---

【8】 利用料

ご利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、ご利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割、3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) サービス利用料

[基本報酬] 1割負担の場合

	区分	単位	自己負担額
7時間以上 8時間未満	要介護1	658単位	676/日
	要介護2	777単位	798/日
	要介護3	900単位	924/日
	要介護4	1,023単位	1,051/日
	要介護5	1,148単位	1,179/日

[加算]

加算名	単位
入浴介助加算 (I)	40/日
入浴介助加算 (II)	55/日
個別機能訓練加算 (I) イ	56/日
個別機能訓練加算 (I) ロ	76/日
個別機能訓練加算 (II)	20/月
ADL維持等加算 (I)	30/月
ADL維持等加算 (II)	60/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5/回
口腔機能向上加算 (I)	150/月 (2回まで)
口腔機能向上加算 (II)	160/月 (2回まで)

科学的介護推進体制加算	40/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18/回

- * 上記利用は地域加算(1,027/1,000)を乗じた額になります。
- * 介護職員処遇改善加算Ⅱロ(所定単位数の11.8%)を算定します。
- * 延長ご希望の方はご相談下さい。

(2) 実費

(単位 円)

		利用料金
昼食費		1,000
特別食(ミキサー・きざみ・治療食)		100
教養娯楽費		300
おむつ代	尿とりパット	50
	フラット	70
	パンツタイプ	130
	テープタイプ	170
給付対象外利用基本料(1時間)		1,500

- * 実施地域外の送迎についてはご相談下さい。
- * 上記の他、外食・喫茶・入場料・駐車料等は実費をいただきます。
- * キッチンスタジオの昼食代・参加費として1500円になります

【9】 サービスの中止

お客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をいただきます。

①ご利用日の前日午後5時までにご連絡をいただいた場合	無料
②ご利用日の当日午前8時までにご連絡いただいた場合	500円 (非課税)
③ご利用日の当日午前8時までにご連絡がなかった場合	1,000円 (非課税)

【10】 ご利用料の支払い方法

利用料(利用者負担金)は、毎月、10日前後に前月分のご請求をさせていただきます。

- ① 南都またはゆうちょ銀行の自動引き落としとさせていただきます。どちら

の支店でも結構です。

所定の用紙を別途お渡しします。毎月18日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に自動引落させていただきます。

②やむを得ない事情がある方のみ下記へ20日迄にお振込み下さい。

振込先：南都銀行 神宮前支店 普通預金 口座番号2078427
口座名義人 社会福祉法人うねび会 理事 酒井宏和

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月10日前後に送付します。

【11】 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お問い合わせ	お電話でご相談
利用申し込み	利用申込書をご提出
健康診断書	ご利用者の健康診断書をご提出
面談	ご利用者に面談
ご契約	契約書に署名・捺印
ご利用開始	サービスの提供を開始

(2) サービスの終了

○ ご利用者からサービスを終了する場合

① サービス終了を希望する日の1カ月前までに文書でお申し出下さい。

② 次の場合、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。

- ・ 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
- ・ ご利用者またはご家族などに社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ 当社が破産した場合

○ 当社からサービスを終了する場合

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カ月前までに文書で通知いたします。

- ・ ご利用者がサービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1週間以内に支払われない場合

- ・ 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
- ・ ご利用者が入院もしくは病気等により、3カ月以上にわたってサービスが利用できない状態が明らかになった場合
- ・ ご利用者またはご家族の方等が事業所やその従業員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

○ 自動的に終了する場合

- ・ ご利用者が介護福祉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ご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立等）と認定された場合
但し、条件を変更して再度ご契約可能な場合がありますのでご相談下さい。
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合

【12】 緊急時の対応方法

サービスの提供中にご利用者の容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って、ご家族、主治医、救急隊、協力医療機関、居宅介護支援事業者などに連絡いたします。

【13】 事故発生時の対応方法について

サービスの提供により事故が発生した場合には、応急処置や医療機関への連絡等の必要な措置を講ずるとともに、利用者の家族に連絡を行います。また、必要に応じて市町村に報告します。

【14】 虐待防止に関する事項

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ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等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業者に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

【15】 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に

実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

【16】 秘密保持

- (1) 事業者および従業員は、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際して知り得たご利用者、ご利用者の家族及び身元引受人の秘密を漏らしません。
- (2) 事業者は、従業員が退職後、就業中に業務上知り得たご利用者、ご利用者の家族及び身元引受人の秘密を正当な理由なく漏らしません。

【17】 ご相談窓口

下記にご連絡いただければ要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

- ・ (福) うねび会苦情・相談受付窓口 : 0120-508-085
- ・ 奈良県国民健康保険団体連合会 : 0120-21-6899
- ・ 奈良市 介護福祉課 : 0742-34-5422
- ・ 奈良県運営適正化委員会 : 0744-29-1212

【18】 相談・苦情申立の第三者委員

- 氏名 : 阪本 清三
 所在地 : 奈良県橿原市白橿町6丁目18-2
 電話番号 : 0744-27-5993
- 氏名 : 廣野 隆信
 所在地 : 奈良県大和郡山市九条町310-1
 電話番号 : 0743-55-0600

【19】 サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	有り
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	BSI グループジャパン (株)
【評価結果の開示状況】	無し

【20】 非常災害対策

- 非常時対応 : ぼれぼれケアセンター青山消防計画により対応を行います。
 防火責任者 : 赤谷 順
 防火訓練 : 年2回 防火訓練を行います。

【21】 ご利用の際に留意いただく事項

医療機関の受診	原則的には、事前にお聞きしたかかりつけ医での受診をさせていただきます。 状況によってはご本人・ご家族に相談の状態の専門に受診させていただくこともあります。
居室・設備・器具	居室・設備・器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。 これに反したご利用で万が一破損した場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	当事業所にて管理させていただきます。従って、所持品全てにお名前をご記入下さい。
貴重品の管理	紛失等考えられますので持ち込まないようお願いします。
宗教・政治活動	他の利用者への活動はご遠慮下さい。
動物の持ち込み	施設内にペットの持ち込みはお断りします。
ボランティア・実習生の受入れ	アクティビティにボランティアが参加することがあります。また、外部実習生を受入れることがあります。
成年後見制度	必要に応じて説明させていただきます。

通所介護の提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基ついて重要な事項を説明しました。

年 月 日

事業者 住所 檀原市北越智町322番地

事業者名 社会福祉法人 うねび会 印

説明者 事業所名 ぽれぽれケアセンター青山

説明者氏名 印

私は、契約書および本書面により、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。

契約者

住所

氏名 印

署名代行者
身元引受人
家族代表

住所

氏名 印

続柄()