

地域密着型通所介護重要事項説明書

(介護予防通所サービス重要事項説明書)

当事業者が提供する地域密着型通所介護および介護予防通所サービス(以下「通所介護」という)の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	株式会社 大南堂
主たる事務所の所在地	静岡県沼津市下香貫藤井原 1620 番地の 5
電話番号	055-935-5007
法人の種別及び名称	株式会社 大南堂
代表者職	代表取締役
代表者氏名	植松 宗史

事業所の名称	リハビリサロンみなみ
事業所の所在地	静岡県沼津市下香貫藤井原 1620 番地の 5
介護保険事業所番号	2271101426
指定年月日	平成 18 年 9 月 15 日
交通の便	東海登山バス藤井原バス停下車、徒歩 2 分。
通常の事業の実施地域	沼津市の市域の内 JR 東海道線の以南とする。但し、戸田地区を除く。

2 事業者の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制
管理者	理学療法士・柔道整復師	1 名	常勤 1 名 (兼務)
生活相談員	介護福祉士	1 名以上	常勤 1 名
機能訓練指導員	柔道整復師・鍼灸師	1 名以上	常勤 2 名
介護職員	介護福祉士	1 名以上	常勤 1 名

3 通所介護施設の概要

定員	単独型 10 名
機能訓練室	33.34 m ² (デイルーム共用)
その他の設備	静養室 3.49 m ²
	相談室 6.55 m ²
	送迎車 2 台

4 サービスの提供時間

平日 (月曜日～土曜日)	午前 8 時 50 分～正午 12 時 00 分・午後 1 時 50 分～午後 5 時 00 分
営業をしない日	水・土曜日の午後、日曜日、祝祭日、夏季休暇 (年度により異なる) 年末年始 (年度により異なる)

5 通所介護 (サービス) の運営の方針

事業所の生活相談員等は、要介護状態になった場合においても、そ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出来るよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図るものとする。事業の実施にあたっては、関係市町村、指定居宅支援事業者、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る。

6 利用料金

(1) 当事業者の通所介護の提供 (介護保険適用部分) に際しあなたが負担する利用料金は、サービス費用の介護保険負担割合証に記載されている割合となります。ただし介護保険の給付範囲を超えた部分のサービスは全額自己負担となります。

通所介護費 (3 時間以上 4 時間未満) (1 回につき)

サービス費用	単位
基本サービス： 要介護 1	416 単位
要介護 2	478 単位
要介護 3	540 単位
要介護 4	600 単位
要介護 5	663 単位
加算：個別機能訓練加算 I 1	56 単位
：サービス提供体制強化加算 II	18 単位

介護予防通所サービス費

サービス費用	単位
基本サービス： 通所型サービス 1	1,798 単位
通所型サービス 2	3621 単位
加算：サービス提供体制強化加算 通所型サービス II 1	72 単位
通所型サービス II 2	144 単位

- 沼津市は地域区分が「7 級地」であるため、上記の基本サービスと加算の総利用単位数に 10.14 円を乗じた費用のうち介護保険負担割合証に記載されている割合が自己負担額となります。
(基本サービス単位+加算単位×10.14) - 介護保険給付額 = 自己負担額
- 別途、介護職員処遇改善加算として総利用単位数の 9.2%相当が加わります。
- 通所介護費については 1 ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。また、サービス提供時間が 2 時間以上 3 時間未満の場合はサービス費用の 30%が減算されます。

(2) その他の費用

通常の事業の実施地域を越えて行う通所介護に要した交通費は、その実費を次の額を徴収します。

- ・ 実施地域の境界から片道おおむね 15 キロメートル未満 無料
- ・ 実施地域の境界から片道おおむね 15 キロメートル以上の場合、5 キロメートルにつき 200 円
- ・ その他、おむつ・パット代等日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

おむつ代 200 円・パット代 150 円	実費
-----------------------	----

(3) 料金の支払

あなたが当事業者に支払う料金は、月ごとの清算とします。毎月 10 日までに前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、末日までにお支払い下さい。支払方法は現金支払をお願いします。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により当日の通所介護(サービス)をキャンセルした場合には、下記の料金をいただきます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

ご利用日の前日午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日の午前 8 時までにご連絡いただいた場合 (留守電含む)	基本料金の 10%
ご利用日の当日の午前 8 時までにご連絡がなかった場合	基本料金の 20%

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載(あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、保険者である市町村の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の 7~9 割)の払い戻しを受けて下さい。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- あなたが居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。
- 当事業者の担当職員がサービス内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの利用終了

ア あなた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 30 日前までに文書で申し出て下さい。

イ 当事業者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。この場合は、サービス終了日の 30 日前までに文書によりあなたに通知します。

ウ サービスが自動的に終了

- ・あなたが介護保険施設・医療施設等に入所・入院した場合
- ・あなたの要介護度が非該当(自立)と認定された場合
- ・あなたが亡くなった場合

エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・あなたがサービスの利用料金を 30 日以上滞納し、再三の支払勧告をしたにもかかわらず支払わない場合、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、文書であなたに通知し直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 体調の確認：血圧測定、検温、脈拍測定○ 利用時間の変更○ 設備、器具の利用 | <ul style="list-style-type: none">○ その他 |
|---|---|

9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下の通りです。
送迎・機能訓練・レクリエーション・生活相談・その他

10 緊急時の対応方法

事業者は通所介護(サービス)の提供時に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者の主治医その他の医療機関へ連絡すると共に、家族又は緊急連絡先へ連絡する等の必要な措置を講じます。また生命にかかると事業者が判断した場合、救急車を要請して必要な病院に搬送する事が有ります。

11 高齢者虐待の防止の為の措置

事業者は虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 一 事業者における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- 二 事業者における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 三 事業者において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に(年 2 回以上)実施すること。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

12 個人情報の取り扱いについて

当事業所は、契約書にもある通り秘密保持の義務をおっておりますが、利用者の生活に資すると思われるサービス提供を図るうえで、担当介護支援専門員等との連絡は細やかに行ってゆく必要があります。予めご了承下さい。尚それにより不都合が生じると思われる場合は、事前にご連絡下さい。

13 非常災害対策

非常時の対応	防火防災計画により対応
近隣との協力関係	地域防災訓練への参加、地域防災組織との連携
平常時の防災訓練等	年 2 回の防災訓練の実施
防災設備	消火器、水バケツ、ヘルメット、救急用具常備品 等
消防計画	所轄署への届出：平成 18 年 7 月 28 日 防火管理者：植松 宗史 内 容：自衛消防隊組織、避難計画、避難通路等の確保 等

14 苦情処理

あなたは、当事業者の通所介護の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたが当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らかの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口	担当	リハビリサロンみなみ 一杉徹
	電話番号	055-935-5007

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

市町村	担当窓口	沼津市役所 長寿福祉課
	電話番号	055-934-4873
国民健康保険団体連合会	担当窓口	国保連事務局
	電話番号	054-253-5590