

重要事項説明書

(静岡県指定第 2271100808 号)

デイサービスセンター 炉暖の郷

社会福祉法人 炉暖会

## はじめに

当事業所は介護保険の指定を受け、ご契約者に対して指定通所介護サービスをご提供します。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とおりご説明します。

当サービスのご利用は、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ご利用は条件により可能です。

## 目 次

- 1、事業者
- 2、事業所の概要
- 3、職員の配置状況
- 4、当事業所が提供するサービスと利用料金
- 5、利用の中止、変更、追加
- 6、緊急時及び事故発生時の対応
- 7、非常災害時の対策
- 8、身体拘束について
- 9、虐待防止について
- 10、ハラスメント
- 11、苦情の受付について
- 12、第三者評価実施の状況
- 13、個人情報に関する同意

### 1、事業者

法人名	社会福祉法人 炉暖会
法人住所	静岡県沼津市足高字尾上 24 番 24
法人電話番号	055 (927) 3939
代表者名	理事長 後藤 政美
設立年月日	平成15年1月6日

### 2、事業所の概要

事業所の種類	指定通所介護事業所
事業所名	デイサービスセンター 炉暖の郷
事業所の所在地	静岡県沼津市足高字尾上 24 番 24
事業所電話番号	055 (927) 3937
開設年月日	平成15年8月15日
事業所の目的	指定通所介護は、介護保険法に従い、利用者（契約者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とします
管理者氏名	後藤 政美
当事業の運営方針	利用者の、個々の人間性を尊重した通所介護を基本とし、一日の生活が快適に且つ心身の機能維持等がはかれるよう、よりよいケアに努めます。
通常の事業の実施地域	沼津市（戸田、静浦、内浦、西浦、大平地区を除く） 長泉町
営業日	週6日（月曜日～土曜日、祝日実施） ※原則として12/29～1/3は休業
営業時間	月～土 8時30分～17時30分
サービス提供時間	月～土 9時20分～16時30分
利用定員	35名

### 3、職員の配置状況

職種	常勤	非常勤	計
1、管理者	1名		1名
2、生活相談員	1名		1名
3、管理栄養士	1名		1名
3、介護職員	配置指定基準以上とします。 ※介護職員は利用者35名に対して5名以上。 ※看護職員は1名以上勤務します。		
4、機能訓練指導員			
5、看護職員			

#### 4、当事業所が提供するサービスと利用料金

##### ① 介護保険給付対象となるサービス

種 類	内 容
通所介護計画の立案	利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、居宅介護支援計画に沿って通所介護計画を作成します。
介 護	通所介護計画に基づいた介護を行います。 (食事、排泄、入浴、整容、移動介助等)
入 浴	入浴は一般浴と介護浴があります。 重度の介護が必要な方は、機械浴槽、個別浴槽等を使用し入浴できます。
排 泄	ご利用者の身体状況に応じて、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。
健 康 管 理	看護職員による、ご利用者の健康管理及び服薬管理等、軽易な医療処置などを行います。
そ の 他 の 支 援	その他一日の生活に必要なご利用者に応じた援助等を行います。 趣味活動や歳時などの行事などを催し、生きがい支援などを行います。
送 迎	ご家庭から施設までをリフト付車両、または一般車両によって送迎します。

##### 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利用者の負担となります。

種 類	内 容	金 額
食 事	昼食・おやつ代 (行事などで特別な食事の場合はその実費)	671円 (月3回程度 250~350円/回)
日 常 生 活 品	パット	1枚 40円
	紙おむつ、リハビリパンツ	1枚 120円
	その他(個別に必要な物)	
そ の 他 趣 味 活 動	ご自分の所有となる趣味活動の作品等の実費費用	実 費

※経済事情の著しい変化その他やむをえない事由が有る場合、それ相応の額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と事由についてご説明いたします。

##### ③ 負担割合と利用料金

認定された要介護状態区分に応じたサービス利用料金(加算を含む)の介護保険負担割合証による割合分(1割、2割、3割)と、食費等その他の費用を合計金額となります。生活保護受給者の方の場合、介護保険適用分は公費負担となります。

④ 基本サービスの利用金額

通所介護

時間 要介護状態区分	7 時間以上 8 時間未満	金額 (1 回)
要介護 1	658 単位	6,672 円
要介護 2	777 単位	7,878 円
要介護 3	900 単位	9,126 円
要介護 4	1023 単位	10,373 円
要介護 5	1148 単位	11,640 円

介護予防通所介護

介 護 度	7 時間以上 8 時間未満	金額 (1 ヶ月)
事業対象者・要支援 1	1,798 単位	18,231 円
支援 2 (週 1 回)	1,798 単位	18,231 円
事業対象者・要支援 2	3,621 単位	36,716 円

※沼津市は地域区分が「7 級地」であるため、単位数に 10.14 円を乗じた金額が料金となっています。

※上記料金は、1 回あたりの目安を表示したものです。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。

⑤ 加算等料金

事業所の体制及び利用者の状態により、算定される加算について

入浴介助加算 (I)	40 単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助。</li> <li>入浴介助を行う職員に対し、入浴介助に関する研修等を実施。</li> </ul>
介護職員等処遇改善加算 (II)	9.0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>一か月あたりのサービス利用分の合計単位数に対して加算。</li> <li>定められた要件を満たすことにより、介護職員の賃金改善を実施。</li> </ul>

⑥ 自己負担額の目安

通所介護 一日あたりの介護度別負担額

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス	658 単位	777 単位	900 単位	1023 単位	1148 単位
入浴介助加算	入浴希望される方は 40 単位 が加算されます				
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	上記単位数に 9.0% を乗じた単位数				
食費	671 円				

1割負担	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担合計入浴加算なし	1,392 円	1,522 円	1,657 円	1,792 円	1,929 円
自己負担合計入浴加算あり	1,436 円	1,566 円	1,701 円	1,835 円	1,972 円

2割負担	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担合計入浴加算なし	2,113 円	2,373 円	2,643 円	2,910 円	3,186 円
自己負担合計入浴加算あり	2,200 円	2,460 円	2,730 円	2,999 円	3,273 円

3割負担	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担合計入浴加算なし	2,834 円	3,224 円	3,628 円	4,033 円	4,443 円
自己負担合計入浴加算あり	2,965 円	3,354 円	3,759 円	4,163 円	4,574 円

介護予防通所介護 1ヶ月あたりの介護度別負担額

介護度	支援1 事業対象者	支援2 (週1)	支援2 事業対象者
基本サービス	1,798 単位	1,798 単位	3,621 単位
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	上記単位数に 9.0% を乗じた単位数		
食費	671 円		

	週1回		週2回
	支援1 事業対象者	支援2	支援2 事業対象者
1割負担	1,824 円	1,824 円	3,672 円
2割負担	3,647 円	3,647 円	7,344 円
3割負担	5,470 円	5,470 円	11,015 円

- ★ ご利用者がまだ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いったんお支払いいただきます。要支援、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。また、居宅サービス計画書（ケアプラン）が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供書」を交付します
- ★ 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、ご利用者の負担額を変更します。

#### ⑦ 料金のお支払い方法

料金・費用は、1ヶ月ごと計算しご請求しますので、翌月25日まで以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア、指定口座へのお振込み（振込料はご負担願います。）

南駿農協 金岡支店 普通 302876 社会福祉法人 炉暖会  
理事長 後藤 政美

イ、事業所へ直接現金払い

月曜日から金曜日までの午前9時から午後5時までの間に事務所窓口でお受けいたしますが、なるべく金融機関での引き落としをご利用ください。

ウ、口座引き落とし

ご利用者様、又はご家族様の口座から自動引落とし(JAは毎月25日、他金融機関は毎月27日、休日の場合は翌営業日)金融機関は問いません。引落日前日までにご入金をお願いいたします。

### 5、利用の中止、変更、追加

- ・炉暖の郷と契約をされているご利用者は、利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、サービス利用を中止又は、変更、もしくは新たなサービスの利用の追加をすることができます。この場合には、サービスを受ける前日までに申し出てください。
- ・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「介護保険自己負担相当額」をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用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。
- ・サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、ご利用の期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日等を提示し協議いたします。
- ・ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

## 6、緊急時及び事故発生時の対応

- ① サービス提供中に、ご利用者の容体の変化等があった場合は、医療機関及びご家族並びに必要と判断される関係者等に直ちに連絡し、必要な措置を講じます
- ② ご利用者に対するサービスの提供に関して事故が発生した場合には、直ちにご利用者又はご家族にご連絡いたします。合わせて、保険者（市町村）にも連絡し、事故の原因を解明するとともに再発を防ぐための対策を講じます。
- ③ 事業所は、サービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

## 7、非常災害時の対策

事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

- ① 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ② 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

## 8、身体拘束について

サービスの提供に当たっては、利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為を実施しません。なお、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、ご家族に説明し、同意を得て、その態様及び時間、その際の身体状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。

## 9、虐待防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の予防のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。虐待防止に関する責任者は事業所管理者としています。

- ① 成年後見制度の利用を支援します。
- ② 苦情解決体制を整備しています。
- ③ 定期的に虐待防止のための委員会を開催します。
- ④ 虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ⑤ 虐待防止のための指針を整備します。

## 10、ハラスメント

事業者の取り組みとして、職場内でのハラスメント対策を行います。利用者、家族または身元保証人等から、事業所及びそのサービス従事者、その他関係者に対し、故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合はサービスの利用を一時中止もしくは契約を解除します。

## 1 1、苦情の受付について

- ・当事業所の苦情の受付やご相談受付時間

月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

苦情受付担当 デイサービスセンター 炉暖の郷 生活相談員

電話番号 055(927)3937

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

- ・行政機関

沼津市役所 長寿福祉課 055-934-4873

長泉町役場 長寿介護課 055-989-5537

静岡県国民健康保険団体連合会 054-253-5590

静岡県福祉サービス運営適正化委員会 054-653-0840

(静岡県社会福祉協議会 内)

## 1 2、第三者評価実施の状況

直近の第三者評価実施状況は下記の通りです。

実施日 H19年9月21日

実施した評価機関の名称 日本社会福祉会静岡県支部

評価結果の開示場所 静岡県社会福祉会ホームページ

## 1 3、個人情報に関する同意

- ① 事業者及びその従業者は、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 事業者は利用者の個人情報について、法人の運営する各事業が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、各事業責任者のもとに保管するとともに、利用目的に沿った利用を行いますので、ご承知おきください。

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供につき、本書面に基づき重要事項および個人情報取り扱いの説明を行いました。

デイサービスセンター炉暖の郷

説明者職名 生活相談員 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項および個人情報取り扱いの説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

<利用者欄を代筆の場合は代筆者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄 )

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印