

島田市介護予防・日常生活支援総合事業

重要事項説明書

当施設が提供する島田市総合事業通所介護サービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 施設の概要

(1) 施設の名称等

名 称	あすか
所 在 地	島田市中河町 326-1
電 話 番 号	0547-33-2111
法 人 種 別 ・ 名 称	社会福祉法人島田福祉の杜
代 表 者 名	理事長 レシャード カレッド
管 理 者 名	児玉 環
介護保険事業所番号	2275400196
指 定 の 種 類	島田市総合事業通所介護指定第 1 号事業者
指 定 年 月 日	平成 27 年 4 月 1 日
通常のサービス提供区域	島田市（旧川根町除く）

(2) 職員配置

＜主な職員の配置＞ 職員の配置については、指定基準を下回らないものとしています。

職 種	職員数	職 務 の 内 容
管 理 者	1	・ 事業所の管理運営の統括
生 活 相 談 員	1 以上	・ 利用者の生活相談、サービスの利用調整 ・ 通所介護計画の作成管理
介 護 職 員	4 以上	・ 利用者の介助、介護
看 護 職 員	1 以上	・ 利用者の保健衛生、介護

(3) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日まで（祝日を含む） 但し、年末年始を除く
営 業 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 (サービス提供時間：午前 9 時 20 分～午後 4 時 25 分)

2 島田市総合事業通所介護の概要

定 員	30 人／日
食堂及び機能回復訓練室	186.44 m ²
浴 室	車椅子介護浴槽 1 台、自立サポート浴槽 2 台
その他の設備	機能訓練指導機器（平行棒等） 送迎車両

3 通所介護の運営方針

- (1) あなたが、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、社会的孤立感の解消、心身機能の維持並びに利用者の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
- (2) 常に提供するサービスの質の管理、評価を行います。

4 利用料金等

(1) 利用料金

別表 島田市総合事業通所介護事業所あすか料金表をご参照下さい。

(2) 料金の支払い方法

あなたが当施設に支払う料金は、月ごとの清算とします。毎月 15 日頃までに、前月にご利用いただいた分のサービス利用料金を請求しますので、請求した月の 27 日までにお支払い下さい。支払い方法は、現金払、銀行振込、口座引落の中から契約の際に選んで下さい。

振込先 事業所の口座番号等

金融機関名	島田掛川信用金庫 島田本店営業部
口座名義人	しゃかいふくしほうじん 社会福祉法人 しまだふくし もり 島田福祉の杜 理事長 レシャード カレッド
口座種別	普通預金
口座番号	7 6 4 0 5 1

(3) キャンセル料

・利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	キャンセル料は不要です
・利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただかなかった場合 ・送迎車で迎えに行った際にキャンセルを受付けた場合 ・その他、ご利用者のご希望などにより利用を中断した場合	1回あたり 500 円

(4) その他

あなたの被保険者証に支払い方法の変更の記載（保険料を滞納しているため、償還払いになる旨の記載）がある時は、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当施設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、保険者の窓口に提示して、費用の差額(介護保険適用部分のあなたの負担割合に応じた額を差し引いた額)の払い戻しを受けて下さい。

5 サービスの利用方法

(1) 利用開始

当施設のサービスの利用を希望される場合は、以下の方法があります。

ア. 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。

事前に担当の介護支援専門員に申し出て下さい。

イ. 自分で居宅サービス計画を作成する旨をお住まいの市町村役場担当窓口に届け出ている場合。

直接、当事業所へお申し込み下さい。（電話でも受け付けます）

その後、この説明書によりあなたからの同意を得た後、当施設の管理者が通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

ア. あなたの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10日前までに文書で申し出て下さい。

イ. 当施設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. 当施設の判断によりサービスを終了する場合

次の場合、文書により利用者に通知し、サービスを終了させていただく場合があります。

1. あなたの通所サービスが体力的に困難であると、当施設が判断した場合
2. あなたが医療的管理又は処置を必要とする身体状況と判断される場合
3. あなたに対し、より安全にサービスの提供が行なえないと判断した場合
4. 直前の2ヵ月間のあなたの利用実績が、居宅介護計画上の利用予定回数の60%を下回った場合

エ. 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

1. あなたが介護保険施設に入所した場合
2. あなたの要介護度が非該当（自立）又は要介護と認定された場合
3. あなたが不在となった場合

(3) その他

ア. 施設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、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なった場合、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。

イ. あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払いの催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行なった場合は、文書であなたに通知することにより、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。

6 サービス利用に当たってのご案内

利用(予定)回数 : ケアプランの調整による回数

体調の確認 : 送迎時に職員にお伝え下さい。特に普段と違った様子であったり、転倒等をした場合等は、詳しくありのままお伝え下さい。

利用時間の変更 : ご相談下さい。

利用時間の延長 : 原則として無し。

設備・器具類の使用 : 使用前に職員に申し出て下さい。

その他 : 居宅サービス計画上で月2回以下の利用希望の場合、利用契約を結ばない場合があります。

※留意事項

(1) ご利用中の事故(転倒・滑落等)について

当施設では人的・物的、両面において介護保険法で定める指定基準を基にご利用者が安全に過ごしていただけるよう努力致します。

しかし、要介護状態の高齢者は歩行等の動作や意思表示が良好でなく常に危険を孕んでいるため、施設内での転倒等を完全に防ぐことはできません。

従いまして、当事業所のサービスご利用中であっても転倒等による怪我や急変というリスクが全て解消されるわけではないことをご承知ください。

(2) カスタマーハラスメントへの対応について

当施設に対して外部の皆様からご意見やご質問を受けた場合、真摯に拝聴し必要に応じた対応を行います。

しかし、それらのご意見やご質問を妥当性に照らして手段・態様が社会通念上不当でその結果職員の就業環境を害すると判断した場合、関係機関と連携し厳格に対処致します。

7 サービスの内容

ご利用日	： ケアプラン計画上の日
送 迎	： 大型又は小型送迎車両で送迎します。 (地理的要因により条件等がつく場合もあります。)
機能訓練	： 個々の生活環境に合わせた身体機能の運動を行います。
入 浴	： 自立サポート浴槽、車椅子介護浴槽を利用した入浴を行います。
食 事	： 基準食事サービスに準じた食事を提供します。
生活相談	： 利用中に生活相談をお受けします。

- ・サービスの提供は懇切丁寧に行ない、サービスの提供方法等について、利用者にわかりやすいように説明します。
- ・サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に身体に接触する設備、器具については衛生的なものを使用します。

8 職種別の保有資格

生 活 相 談 員	社会福祉士、もしくは、社会福祉主事任用資格
看 護 職 員	看護師、もしくは、准看護師
介 護 職 員	介護福祉士、もしくは、介護職員初任者研修修了
機 能 訓 練 指 導 員	理学療法士、作業療法士、あん摩マッサージ指圧師

9 緊急時の対応について

ご利用者の容態に変化があった場合は、速やかにご家族等に連絡します。
また、ご利用者の状況により救急車等による搬送等の措置を講じます。

10 非常災害対策

項 目	内 容
非 常 時 の 対 応	・非常用の食料の備蓄。非常時の従業者職員対応体制の整備
近 隣 と の 協 力 体 制	・地元自治会、消防本部等との協力
平 常 時 の 防 災 訓 練	・総合防災訓練（年１回）、部署別通報・避難訓練（月１回）
防 災 設 備 等	・耐震耐火構造建物 ・自動火災通報装置 ・初期消火設備（スプリンクラー・２号消火栓） ・避難備品、器具（小型発電機、ハロゲンライト等） ・野外通信手段（携帯電話４台）
消 防 計 画	・消防署への届け出：平成１７年２月３日 ：危機管理体制（避難地設定を含む） ：従業者役割分担、非常招集体制

11 苦情処理

当施設の島田市総合事業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。

また、当施設に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口	住 所	島田市中河町３２６－１
	担 当 者	大塚 大祐
	電話番号	０５４７－３３－２１１１
市町村苦情相談窓口	住 所	島田市中心町１番の１
	担 当 者	島田市長寿介護課 相談窓口
	電話番号	０５４７－３４－３２９４
静岡県国民健康保険 団体連合会	住 所	静岡市葵区春日町２丁目４－３４
	担 当 者	介護保険課
	電話番号	０５４－２５３－５５９０

説明者：職種 氏名

重要事項説明書に関する同意欄

令和 年 月 日

利用者

住 所

氏 名 印

利用者の家族

住 所

氏 名 印

続 柄

島田市総合事業通所介護事業所あすか料金表

令和8年6月改定

7時間～8時間未満の算定額

単位 円

	事業対象者					
	要支援1・2（週1回）			要支援2（週2回）		
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割
一部負担額 ※	1,912/月	3,825/月	5,737/月	3,850/月	7,700/月	11,550/月
食 費	680/食（おやつ含）					
利 用 料 金（月額）	1,912 +680 ×利用日数	3,825 +680 ×利用日数	5,737 +680 ×利用日数	3,850 +680 ×利用日数	7,700 +680 ×利用日数	11,550 +680 ×利用日数

※ ・一般型通常規模事業所 サービス提供時間7～8時間

・島田市地域区分：7級地（1点10.14円）にて計算しております。

・サービス体制加算（Ⅰ）が含まれます。（人員体制等の変更等に伴い変動は予想されます。）

・介護職員等処遇改善加算Ⅰロ（12.0%）として介護保険給付サービス費の合計に別途加算され、科学的介護推進体制加算が月40単位算定されます。

－その他－

通常送迎サービス実施区域外(旧島田市以外)は、交通費として1kmあたり20円をいただきます。

当施設のおむつ等を使用した際は、下記の料金が発生します。

おむつ代	パット 小	パット 中	パット 大	リハビリパンツ	テープ止め タイプ
	30円/1枚	50円/1枚	80円/1枚	100円/1枚	120円/1枚