

様

通 所 介 護 重要事項説明書

株式会社 泉 倉 庫
いずみ介護サービスおがわ

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(滋賀県 2570500724号)

当事業所はご利用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について、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。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 株式会社 泉 倉 庫 |
| (2) 法人所在地 | 滋賀県甲賀市水口町泉1150番地1 |
| (3) 電話番号 | 0748-62-0681 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 岸 村 嘉 幸 |
| (5) 設立年月日 | 昭和49年4月1日 |

2. 事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)

株式会社 泉倉庫 が開設する いずみ介護サービス おがわ デイサービス (以下「事業所」という) が行う通所介護の事業 (以下「事業」という) は、居宅において要介護状態にある高齢者 (以下「利用者」という) に対し、適切な通所介護を提供することを目的とする。

(運営の方針)

- (1) 事業所の通所介護事業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活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の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- (2) 事業の実施に当たっては、関係市町・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ものとする。

3. 事業所の概要

- | | |
|-------------|----------------------|
| (1) 事業所の種類 | 通所介護 |
| (2) 事業所の名称 | いずみ介護サービス おがわ デイサービス |
| (3) 事業所の所在地 | 滋賀県東近江市小川町3317番 |
| (4) 電話番号 | 0748-42-1777 |
| (5) 管理者 | 瀧 加奈子 |
| (6) 開設年月日 | 平成22年11月1日 |
| (7) 利用定員 | 34人 |

4. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

東近江市（旧能登川町、旧五個荘町） 近江八幡市（旧安土町）

(2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日
営 業 時 間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：15～16：30

※休業日 日曜日、年末年始（12/30～1/3の5日間）

※自然災害や感染症の拡大等により臨時に休業する事がございます。

5. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

管 理 者	1 名	（常勤）
生活相談員	2 名	（常勤）
介 護 職 員	10名	（常勤・非常勤）
看 護 職 員	2 名	（非常勤）
調 理 員	2 名	（非常勤）
事 務 職 員	1 名	（非常勤）
送迎運転手	5 名	（非常勤）

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の2種類があります。

(1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス（介護保険給付対象）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、実施地域を超えた地点より路程1kmあたり20円の送迎費をご負担いただきます。

② 健康チェック

- ・来所時、入浴前に看護職員にて健康チェック（体温・血圧・脈拍の測定）をいたします。

③ 食事サービス

- ・職員と一緒に話をしながらゆっくり楽しく食べていただきます。必要な方には

食べやすいように刻むなど、お手伝い・見守りをさせていただきます。

- ④ 入浴サービス
- ⑤ 生活指導
- ⑥ 日常動作訓練
- ⑦ レクリエーション

※介護保険制度改定に伴いサービスに変更があった場合、別紙にて担当者よりご説明し、ご利用者の同意をいただきます。

〈サービス利用料金（１回あたり）：介護給付費〉

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービス料金は、ご利用者の要介護度及び介護保険負担割合証に応じて異なります）※下記表参照

☆介護保険の給付額や負担率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。

■通常規模型通所介護費（７時間以上８時間未満の場合）

（円）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位	658	777	900	1,023	1,148
利用料 (介護報酬総額)	6,672	7,878	9,126	10,373	11,640
保険請求額 【９割】	6,004	7,090	8,213	9,335	10,476
利用者負担額 【１割】	667	787	912	1037	1164
保険請求額 【８割】	5,337	6,302	7,300	8,298	9,312
利用者負担額 【２割】	1,334	1,575	1,825	2,074	2,328
保険請求額 【７割】	5,337	5,514	6,388	7,261	8,148
利用者負担額 【３割】	2,001	2,363	2,737	3,111	3,492

※送迎料金は、サービス利用料に含まれます。

※送迎減算 家族等送迎の場合は片道47単位の減算となります。

※入浴加算Ⅰ（単位） 40/回

※認知症加算（対象者） 60/日

※サービス提供体制加算Ⅱ（単位） 18/回

※ 通所介護処遇改善加算 加算Ⅰ 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定します。【加算率9.2%】

※地域区分により、１単位当たり 10.14 円の算定となります。

(2) 利用料金の全額をご契約者にご負担いただくサービス(介護保険給付対象外)
以下のサービスは、利用料金の全額をご利用者の負担とさせていただきます。

① 食事の提供(食費)

・食費は、1食750円(おやつ代含む)とさせていただきます。

② レクリエーション活動

・ご利用者の希望によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただくこともあります。

③ 排泄用品について

・デイサービスご利用中に排泄用品を提供した場合については、実費でのご負担とさせていただきます。

④ 衛生用品について

・デイサービスご利用中に衛生用品を提供した場合については、実費でのご負担とさせていただきます。

(3) 利用料金お支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用はサービス利用終了後翌月10日前後に請求書を発行しますので、翌月27日に口座引き落としにてお支払いいただきます。現金でのお支払いの場合も翌月27日までとさせていただきます。

(4) サービス利用の中止

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、指定通所介護サービスの利用を中止することができます。この場合には、実施日の当日午前8時30分までに事業所に申し出てください。

【連絡先】(電話番号) 0748-42-1777

(5) サービス利用の変更

ご利用者が指定通所介護サービスの変更等を希望する場合は、いつでも事業所に申し出てください。該当利用者に係る居宅介護支援事業所への連絡、その他の必要な援助を行います。

7. サービスのご利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたり、ご利用者・家族等の方々は以下の点にご留意ください。

- ① 施設内・敷地内で飲酒・喫煙をなさらないでください。
- ② 以下の物を施設内に持ち込まないでください。
 - ・火気(ライター等)、酒類
 - ・他人を殺傷するおそれのある刃物類
 - ・その他介護サービス利用に際し、不適當と思われる物品等
- ③ 他のご利用者・家族等、サービス従事者に対し、迷惑を及ぼすような行為(宗教活動・政治活動・営利活動等を含む)をなさらないでください。
- ④ 貴重品はできるだけ施設内に持ち込まないでください。持ち込まれる場合は、ご自身の責任で保管・管理を行ってください。

8. 秘密保持について

- (1) 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に洩らしません。この守秘義務は本契約終了後も継続します。
- (2) (1)にかかわらず、事業者及びサービス従事者は、利用者に生命・身体の保護のための必要性がある場合には、医療機関等に関し利用に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 事業者及びサービス従事者は、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、利用者及びその家族等から予め文書で同意を得た上で、利用者またはそ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。
- (4) 事業者及びサービス従事者は、利用者及びその家族等から予め文書で同意を得た上で、サービス担当者会議等において、利用者またはそ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。

9. 虐待の防止とハラスメント予防について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、責任者を選定し、虐待防止等を啓発・普及に努めるための委員会を設置する。
- (2) 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のための定期的な研修を行い、事案が発生した場合には速やかに対応を行う。
- (3) ハラスメント予防のための責任者の選定と、委員会の設置を行います。利用者に係るハラスメントの事象が発生した際には協議のうえ必要な措置を講じます。

10. 非常災害対策

- (1) 事業者は、防火管理についての責者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画並びに、自然災害発生時の業務継続計画を作成し、事業の継続を図ります。
- (2) 事業者は、防災計画並びに業務継続計画に基づき、年2回以上の、利用者及び従業員の避難、救出その他必要な訓練を行います。

11. 衛生管理等

- (1) 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 感染症の予防、蔓延の防止のため、感染症に関する委員会を設置し、定期的な研修等を行います。

12. 苦情・相談の受付について

当事業所は苦情・相談受付窓口を設置しておりご利用者・家族等からの苦情・相談に迅速、適切に対応します。また、当事業所への苦情やご意見は、行政機関やその他苦情受付機関〈(2)の表〉に相談することもできます。

(1) 当事業所における苦情・相談の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情・相談受付窓口　〔担当者〕 瀧加奈子　佐藤香絵

○受付日時　月曜日～土曜日（8：30～17：30）

電話番号　0748-42-1777

Fax 番号　0748-42-5777

(2) 行政機関その他苦情受付機関

東近江市 健康福祉部　長寿福祉課	〒527-8527　東近江市八日市緑町10番5号 TEL：0748-24-5678　FAX：0748-24-1052
近江八幡市 介護保険課	〒523-8790　近江八幡市土田町1313（ひまわり館内） TEL：0748-33-3511　FAX：0748-31-2037
滋賀県国民健康保険連合会	〒520-0043　大津市中央4丁目5番9号 TEL：077-510-6605　FAX：077-522-2628
滋賀県運営適正化委員会	〒525-0072　草津市笠山7-8-138 滋賀県長寿社会福祉センター内 TEL：077-567-4107　FAX：077-561-3061

1 3. 事故の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、市町、家族等、居宅介護支援事業所への連絡など必要な措置を講じ、事故の状況や事故に関して採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

1 4. 緊急時の対応について

事業者は現に通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族等または緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な対応を行います。

1 5. 第三者評価の有無について

提供するサービスの第三者評価は実施しておりません。

附 則

平成26年4月1日	一部改定	平成29年11月1日	一部改定
平成27年1月1日	一部改定	平成30年3月1日	一部改定
平成27年4月1日	一部改定	平成30年4月1日	一部改定
平成27年5月1日	一部改定	平成30年10月1日	一部改定
平成27年8月1日	一部改定	平成31年1月1日	一部改定
平成27年9月1日	一部改定	令和1年10月1日	一部改定
平成27年11月1日	一部改定	令和2年8月1日	一部改定
平成28年4月1日	一部改定	令和3年4月1日	一部改定
平成28年11月1日	一部改定	令和4年6月1日	一部改定
平成29年4月1日	一部改定	令和4年9月1日	一部改定
平成29年9月1日	一部改定	令和4年11月1日	一部改定
令和5年10月1日	一部改定	令和6年4月1日	一部改定
令和6年6月1日	一部改定	令和7年4月1日	一部改定

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの内容について、私は、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

株式会社泉倉庫
いずみ介護サービス おがわ デイサービス

説明者
職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から指定通所介護サービスの重要事項の説明を受けました。
※利用者が署名できないときは、代理人が利用者欄と代理人欄に署名願います。

本 人

[住 所] _____

[氏 名] _____

代理人
[住 所] _____

[氏 名] _____

自署確認印

※ 介護保険制度等改定についての内容説明とご利用者同意について

[illegible]

