

通所介護 重要事項説明書

あなた（又はあなたのご家族）が利用しようと考えている指定通所介護（指定介護予防通所介護）について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。《この「重要事項説明書」は、厚生省令に基づき、契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです》

1. 事業者の概要

事業者名称・代表者氏名	公益社団法人信和会 理事長 小林 充	1955年1月12日法人設立
本部所在地	京都市左京区田中飛鳥井町89 京都民医連あすかい病院内 電話 075-712-9111 FAX075-712-9118（介護事業部）	
介護事業所数	介護予防支援 1事業所 居宅介護支援 4事業所 訪問介護 2事業所 居宅療養管理指導 6事業所 短期入所療養介護 1事業所	通所リハビリ 5事業所 通所介護 1事業所 訪問看護 3事業所 訪問リハビリ 2事業所 介護医療院 1事業所

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名	公益社団法人信和会 高原デイサービスセンター
所在地	〒606-8242 京都市左京区田中高原町26 アヴェニール佐藤1F
介護保険指定番号	京都府指定 2670600440
送迎を実施する地域	京都市 左京区
連絡先（8:00～17:30）	電話 075-706-6507 FAX 075-706-6715

(2) 職員体制

職種	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名		従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名
生活相談員	2名	2名	利用者及びその家族への相談援助、利用申込みの調整、従業者への相談助言及び技術指導、他職種と協力して通所介護計画の作成等を行う。	4名
介護職員 （うち介護福祉士）	2名 (2名)	6名 (2名)	介護職員・看護職員は通所介護計画に基づきサービスを実施する。またサービスの実施状況及びその評価を	8名
看護職員	名	3名	実施記録等に記載する。	3名
事務員		1名	請求入力業務等	1名

(3) 営業時間

月～土（祝日含む）	午前8時00分～午後4時30分
休業	日曜日と12月30日～1月3日の年末年始は休業

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	信和会が開設するデイサービスセンターが要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	利用者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日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び介護、機能訓練その他必要な援助を行います。

4. 利用料及び支払い方法について

基本単位数・加算単位数／通所介護 (通常規模型通所介護) (1単位=10.45円)

	単位／1日につき	一部負担金 (1割)	一部負担金 (2割)
要介護1 (5～6時間)	570単位	約596円	約1,191円
要介護2 (5～6時間)	673単位	約703円	約1,407円
要介護3 (5～6時間)	777単位	約812円	約1,624円
要介護4 (5～6時間)	880単位	約920円	約1,839円
要介護5 (5～6時間)	984単位	約1,028円	約2,057円
要介護1 (6～7時間) *通常の利用時間	584単位	約610円	約1,221円
要介護2 (6～7時間) "	689単位	約720円	約1,440円
要介護3 (6～7時間) "	796単位	約831円	約1,664円
要介護4 (6～7時間) "	901単位	約942円	約1,883円
要介護5 (6～7時間) "	1,008単位	約1,053円	約2,107円
要介護1 (7～8時間)	658単位	約688円	約1,375円
要介護2 (7～8時間)	777単位	約812円	約1,624円
要介護3 (7～8時間)	900単位	約941円	約1,881円
要介護4 (7～8時間)	1,023単位	約1,069円	約2,138円
要介護5 (7～8時間)	1,148単位	約1,200円	約2,399円
サービス提供体制強化加算Ⅰ (介護福祉士70%以上、勤続10年25%)	22単位	約23円	約38円
サービス提供体制強化加算Ⅱ (介護福祉士を50%以上配置)	18単位	約19円	約25円
中重度者ケア体制加算	45単位	約47円	約94円
入浴介助加算	40単位	約42円	約84円
認知症加算	60単位	約63円	約125円
送迎未実施減算	(片道)▲47単位	▲約49円	▲約98円
介護職員処遇改善加算Ⅰ 介護職員の処遇改善を実施する場合 (区分支給限度額基準額対象外)	加算率9.2%	利用料に対する加算率相当額	

*利用料は「介護保険負担割合証」に準じた負担金となります。

(なお、一部負担が3割の方の場合は上記1割負担金と2割負担金との合計金額がおよその目安となります)。

その他の料金

食事代	500円 (1食につき)
レク材料費・おやつ代	150円 (1日につき)
キャンセル料	500円 (1回につき)

お支払い方法について

原則、口座振替となります(現金でのお支払いをご希望の方はお申し出下さい)。利用月の翌月10日過ぎに請求書を交付し、翌月の12日(日祝の場合翌営業日)に指定口座より振り替えさせていただきます。引落確認の後、領収書を発行いたします。

5. 苦情申立窓口

(1) 通所介護に関する相談・要望・苦情等は、下記担当者までお申し出下さい。

相談窓口	利用時間	連絡先
高原デイサービスセンター 担当者 中畠 督	月～金 8:00～16:30 (祝日含む)	電話 075-706-6507 FAX 075-706-6715
苦情解決責任者	中畠 督	

(2) 上記以外に、保険者である市町村の相談・苦情窓口や、京都府国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口、法人本部に苦情を伝えることができます。

相談窓口	利用時間	連絡先
社団法人信和会 介護事業部	月～金 9:00～17:00 土 9:00～13:00	電話 075-712-9111 FAX 075-712-9118
京都市左京区役所・健康長寿推進課	月～金 9:00～17:00	075-702-1000
京都市東山区役所・福祉介護課	同上	075-561-9187
京都府国民健康保険団体連合会	同上	075-354-9011
京都市 介護保険課	同上	075-213-5871

6. 秘密保持及び個人情報保護について

事業者及びその従業員は、正当な理由がない限りご利用者に対するサービスの提供にあたって知り得たご利用者またはご利用者家族の秘密について、従業員の退職後も含め、それを保持します。

ご利用者に医療上の必要がある場合やその他正当な理由がある場合には、ご利用者又はご利用者家族からの同意を得た上で、個人情報の提供を行います。個人情報使用目的は、サービス提供・介護保険事務・管理運営業務等限定し、詳細は別紙文書「当事業所は利用者さまの個人情報保護に取り組んでいます」に記載する内容とします。

7. 事故発生時の対応・損害賠償

万一事故が発生した場合は、マニュアルに従い速やかに対処し、ご利用者家族、かかりつけ医、ご利用者の保険者である市区町村に連絡します。また事業所管理者と法人介護事業部へ報告を行い、再発防止に努めます。事業者は、事故を防止するための不断の努力を行うと共に、万一の事故に備え「賠償責任保険」に加入します。

8. 緊急時の対応

ご利用者の体調悪化等緊急時には、配置の看護師及び従業員が、利用者の安全を最優先に、医療機関と連携し対処します。緊急連絡先、かかりつけ医等へ連絡を行います。

緊急連絡先	お名前	
	電話番号	
ご利用者のかかりつけ医	氏名・医療機関	
	所在地	電話

9. サービスの質向上の取り組み

身体拘束等の適正化を図り、利用者の人権擁護及び虐待防止、身体拘束等を適正化するための委員会を定期的に開催し、指針の整備、職員の研修を実施します。

衛生上必要な措置を講じ、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。感染症が発生、まん延しないように、「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」を定め、委員会を定期的に開

催し、指針の整備、職員の研修を実施します。

感染症や非常災害の発生時に、サービスの提供を継続し、早期の業務再開を図るための「業務継続計画」を定め、当計画の整備、職員の研修・訓練実施等必要な措置を講じるよう努めます。

職場で行われるパワーハラスメント、セクシュアルハラスメント等職員の就業環境が害される事を防止するために必要な措置を講じます。

以上の記載内容につき変更が生じた場合は、「変更一覧表」に変更内容を記載し、利用者と事業者の双方の合意をもって、記名・押印をし、本書に添付することとします。事業者は変更内容につき「重要事項説明書」の該当箇所を利用者に十分説明するものとします。

____年 ____月 ____日

当事業者は、事業内容及び重要事項の説明を行い交付しました。

事業者	事業者	公益社団法人信和会
	事業所	高原デイサービスセンター
	事業所番号	2670600440
	住所	京都市左京区田中高原町26 アヴェニール佐藤1F
	代表者名	管理者 中 覧 督 印

説明者 職名 _____ 生活相談員 _____
氏名 _____

____年 ____月 ____日

私は、本書に基づいて事業内容及び重要事項の説明を受け同意し受領しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

*代筆の場合下記参照)

利用者が手指の障がい等で文字が書けない等の場合、欄外に、署名を代行の旨・続柄・氏名を付記することで差し支えない。(契約関係上、事業者は代筆不可)(例)上記署名は、京都 花子(妻)が代行しました。

代理人 住所 _____

(選任した場合)

氏名 _____ (利用者との続柄 _____)