

「指定通所介護」重要事項説明書

経営理念

私たちは介護サービスを通じて、お客様(施設の利用者及びその家族)並びに福祉関係者に安心を提供し、
以って老人福祉に寄与すると共に、社会に貢献します。

運営方針

私たちは、経営理念実現のために、
人柄の向上に向けて不断の努力を行い、
質の高い老人介護サービスを行います。

行動指針

私たちは、次のことを実践します。

- 一 私たちは、明るく笑顔で挨拶します
- 一 私たちは、真剣に親孝行を実践します
- 一 私たちは、他人(ひと)に役立つ充実感を
体得します

社会福祉法人遺徳会

高石老人デイサービスセンター

当施設は介護保険の指定を受けています。
(大阪府指定 第2775300169号)

当施設はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。施設の概要や
提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明します。

◆◆ 目 次 ◆◆	
1. 施設経営法人.....	1
2. 施設の概要.....	1
3. 職員の配置状況.....	1
4. 提供するサービス.....	2
5. 利用料金.....	3
6. 利用料金支払方法.....	4
7. 事業者の義務.....	4
8. 苦情の受付.....	5

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 遺徳会
- (2) 法人所在地 大阪府高石市取石5丁目8番15号
- (3) 電話番号 072-275-1031
- (4) 代表者氏名 理事長 嶋田祐史
- (5) 設立年月日 昭和56年12月15日

2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 指定通所介護事業所・平成12年1月31日指定
大阪府第2775300169号
- (2) 施設の目的 指定通所介護は、介護保険法に従い、ご契約者（ご利用者）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に支援することを目的として、ご利用者に通所介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 高石老人デイサービスセンター
- (4) 施設の所在地 大阪府高石市取石5丁目8番15号
- (5) 電話番号 072-275-1031
- (6) 事業所長（管理者） 所長 金子紘一郎
- (7) 当事業所の運営方針

居宅において入浴ができない又は入浴困難な老人に対し、入浴の機会を提供するサービスを中心に、給食及び機能回復訓練等のサービス並びに送迎サービスを提供することにより、老人の自立的生活の支援、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上を図るとともに、その家族に対して健康相談、生活相談並びに介護者教育等に応じ、居宅生活が快適で生きがいのあるものとなるよう援助する。

- (8) 開設年月日 昭和57年3月
- (9) 通常の事業実施地域 高石市の全域、和泉市の一部、泉大津市の一部及び堺市の一部（別紙ご参照）
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	原則 月曜日～土曜日
営業時間	月曜日～土曜日 8:00～17:30
サービス提供時間	月曜日～土曜日 8:30～17:00

※祝日及び年末年始の営業等は都度事前連絡します。

- (11) 利用定員 20名

3. 職員の配置状況

当施設では、ご契約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。

<職員の配置状況> 法定の基準以上の人員配置をしています。

職 種	基 準	在籍人員	職 種	基 準	在籍人員
事業所長（管理者）	1名	1名 （兼務）	機能訓練 指導員	0名	1名
介護職員	3名	4名	介護支援 専門員	0名	—
生活相談員	1名	1名	栄養士	0名	—
看護職員	1名	1名			

（註）平成26年4月1日現在の在籍者数

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
介護職員	勤務時間 早出 7：50 ～ 16：20 日勤 8：30 ～ 17：00 遅出 9：00 ～ 17：30 原則として職員1名あたりご利用者4名のお世話をします。
看護職員	勤務時間 早出 7：50 ～ 16：20 日勤 8：30 ～ 17：00 遅出 9：00 ～ 17：30 原則として1名の看護職員が勤務します。

4. 施設が提供するサービス

サービス項目	サービスの内容	備考
食 事	①管理栄養士が立てる献立表により、栄養及びご利用者の身体状況並びに嗜好を考慮した食事を提供します。 ②ご利用者の自立支援のため離床し、食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。 （食事時間）12:00～13:00	介護保険給付対象外サービス
入 浴	入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。	介護保険給付対象サービス
排 泄	ご利用者の排泄の介助を行います。	同上
個別機能訓練	①常勤の機能訓練指導員を1名配置しています。 ②機能訓練指導員、看護職員、介護職員及び生活相談員等が共同してご利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、ご利用者の自立支援と日常生活の充実に資するよう複数の訓練項目を実施します。	同上

5. サービス利用料金（1回当たり）（契約書第4条、5条及び7条参照）

（1）介護保険給付対象サービス利用料金（ご利用者負担額）

要介護	1	2	3	4	5
負担額(5～7時間)	633円	745円	857円	969円	1,081円
負担額(7～9時間)	726円	854円	986円	1,119円	1,251円

(2) 介護保険給付対象サービス特別加算料金

利用者全員に 加算されるサービス項目	負担額	算定額以上に職員の賃金改善 を行った場合	負担額
入浴（一般浴又は機械浴）	52円	介護職員処遇改善	1.9%
個別機能訓練Ⅱ	52円		
サービス提供体制強化	13円		

(3) 介護保険給付対象外サービス利用料金

サービス項目	負担額	備 考
食事の提供	550円	
日常生活用品等		
日用品費	10円	
教養娯楽費	40円	(レク・クラブ活動費用、おやつ代)
おむつ代	100円	ご利用の場合のみ
尿取りパット	30円	同上
その他	実費	同上
複写物交付（消費税込）	10円/1枚	同上
送迎	300円/1km	通常の事業実施地域（第2項9に定める地域）以外の送迎を利用した場合

(註) 上の表に定める利用料金については、経済状況の著しい変化やその他やむを得ない理由がある場合、相当な額に変更する場合があります。

(4) 無料で提供するサービス

①送迎サービス

ご利用者は第2項(9)で定める通常の事業実施区域内における送迎サービスを利用できます。

往路便 当事業所到着時刻： 8H30・9H30

復路便 当事業所出発時刻： 15H30・16H30

(運行時刻は交通事情等で変わることがあります。)

②口腔ケアサービス

昼食後に義歯洗浄、歯磨の介助等口腔の衛生に関するサービスを受けることができます。

(5) その他

ご利用者がまだ要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(償還払い)。

また、居宅サービス計画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、

ご利用者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「サービス提供証明書」を交付します。

6. 利用料金のお支払方法（契約書第7条参照）

(1) 前項(1)～(3)の料金・費用は、1か月ごとに計算して請求しますので、翌月10日までに窓口で現金にてお支払下さい。なお、1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

(2) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

- ①利用予定の前に、ご利用者の都合により通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。
- ②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、取消料として下記の料金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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日利用料金の10%（自己負担相当額）

③サービス利用の変更・追加の申し出に対して、施設の営業状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

7. サービス提供における事業者の義務

(1) 高齢者虐待防止について（契約書第20条）

事業者はご利用者の人権擁護並びに虐待防止等のために、次に掲げる必要な措置を講じます。

- ①研修等を通じて、事業者の使用する者（以下、従業員という）の人権意識の向上を図り、虐待の未然防止に努める。
- ②個別支援計画を作成して適切な支援の実施に努める。
- ③従業員の悩みや苦勞の相談体制を整え、従業員がご利用者の権利擁護に取組める環境の整備に努める。

(2) 秘密保持について（契約書第12条）

- ①事業者及び従業員は正当な理由なく、その業務上知り得たご利用者又はその家族の秘密を漏らさない。
- ②従業員であった者が、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じる。
- ③ご利用者の生命、身体又は財産の保護に必要な場合、医療機関、行政機関等の第三者にご利用者の個人情報を提供することに同意願います。又サービス担当者会議等において、ご利用者の個人情報又は利用者の家族の個人情報を利用する場合があるので同意願います。別紙により利用目的などを説明する。

(3) 事故発生時の対応について

ご利用者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(4) 緊急時等における対応方法について

従業者は現に通所介護サービスの提供を行っている時に、ご利用者に病状の急変が生じた場合
 その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

(5) 苦情等（苦情、相談、要望並びにこれらに準ずる事項をいう。）処理の体制及び手順

- ①提供した通所介護サービスに係るご利用者からの苦情等に迅速かつ適正に対応するために、苦情等を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じる。
- ②提供した通所介護サービスに関し、市町村が行う文書その他の物件の提供若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、又ご利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。
- ③提供した通所介護サービスに対するご利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会からの指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

(6) 損害賠償について

事業者は通所介護サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由によりご利用者の生命、身体及び財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲内において利用者に対して損害を賠償します。

8. 苦情等の受付（契約書第 22 条参照）

(1) 当事業所における苦情等（苦情、相談、要望並びにこれらに準ずる事柄を指す。）の受付

当事業所における苦情等は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情等受付担当者 介護職員 吉田 健二
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 午前 9：00～午後 5：00
- 電話・FAX ☎072-275-1031 FAX072-275-1035

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

大阪府の窓口	□大阪府福祉部高齢介護室 介護事業者課
	所在地 大阪市中央区大手前 2 丁目 1 番 22 号 TEL 06-6941-0351（代表）、06-6944-7203 受付時間 午前 9：00～午後 6：00（土・日・祝日を除く）
市町村の窓口	<岸和田市～忠岡町>広域事業者指導課 所在地 岸和田市野田町 3 丁目 13 番 2 号 電話番号 072-493-6131 受付時間 午前 9:00～午後 5:00（土曜・日曜・祝日を除く）
	□高石市高齢介護・障害福祉課 所在地 高石市加茂 4 丁目 1-1 TEL 072-265-1001 FAX 072-263-6116 受付時間 午前 9：00～午後 5：00（土・日・祝日を除く）
市町村の窓口	□和泉市高齢介護室介護保険グループ 所在地 和泉市府中町 2 丁目 7-5 TEL 0725-99-8131 FAX 0725-45-9352

	受付時間 午前9:00～午後5:00(土・日・祝日を除く)
	<input type="checkbox"/> 泉大津市高齢介護課
	所在地 泉大津市東雲町9-12 TEL 0725-33-1131 FAX 0725-20-3129 受付時間 午前9:00～午後5:00(土・日・祝日を除く)
	<input type="checkbox"/> 堺市西区西保健福祉総合センター地域福祉課介護保険係
	所在地 堺市西区鳳東町6丁目600 TEL 072-275-1912 FAX 072-273-1919 受付時間 午前9:00～午後5:00(土・日・祝日を除く)
公的団体の窓口	<input type="checkbox"/> 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室 所在地 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号 TEL 06-6949-5418 受付時間 午前9:00～午後5:00(土・日・祝日を除く)

本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

以上

平成 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

住 所 高石市取石5丁目8番15号

施 設 名 社会福祉法人 遺徳会

指定通所介護 高石老人デイサービスセンター

説明者 職 名 _____ 氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、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 _____

利用者氏名 _____ 印

代理者住所 _____

代理者氏名 _____ 印 (続柄 _____)

別紙

本文第2項(9)「送迎の実施地域」は次のとおり。

①高石市

全域

②和泉市の一部

上代町、鶴山台、尾井町、幸町、太町、上町、王子町

③泉大津市の一部

北豊中町、曾根町、二田町、松之浜町、条南町、池園町、助松町、東助松町、森町
千原町、末広町

④堺市西区の一部

鳳西町、鳳中町、鳳北町、鳳南町、鳳東町、鶴田町、浜寺元町、浜寺南町、浜寺昭和町
上、草部

以上