

総合事業通所介護
重要事項説明書

社会福祉法人慈恵会
ケアセンター座間苑

第1号通所事業(介護予防通所介護相当)重要事項説明書

ご利用者に対する居宅サービス提供開始にあたり、当時業者が貴方に 説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 サービスの内容

- (1) 第1号通所事業(介護予防通所介護相当)は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、入浴及び食事の提供(これらに伴う介護を含む)、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。
- (2) サービス提供にあたっては、「第1号通所事業計画書」に沿って計画的に提供します。
- (3) 事業所は次の施設及び営業日程により第1号通所事業サービスを提供します。

サービス提供	所在地	神奈川県座間市新田宿125-4		
を行う施設	名称	ケアセンター座間苑	電話	046-255-7772
サービス提供時間: 9:30~16:30				
営業曜日: 月曜日~土曜日・営業時間: 8:30~17:30				
年間を通して、祝日も営業をしております。(日曜日は休業)				
※ 年間営業期間は 新年1月4日より 年末12月29日まで				

2 サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた「第1号通所事業記録書」等の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業者は、1か月ごとに「第1号通所事業計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況に関する「第1号通所事業記録書」その他の記録を作成(完成)して、利用者に説明の上交付します。
- (3) 事業者は、前記「第1号通所事業記録書」その他の記録はサービス提供が終了した日から、5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧します。又は実費負担によりその写しを交付します。

3 サービス提供責任者等

サービス提供の責任者(管理者、生活相談員等)は、次のとおりです。

サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

管理者 氏名: 山口 洋右 生活相談員 氏名: 植田 清史・池田 雅江

連絡先(電話): 046-255-7772

4 利用者負担金

- (1) 利用者の方に、お支払いいただく利用者負担金は次表のとおりです。この金額は次の3種類にわかれます。なお、②又は③の費用が必要となる場合には事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければ成らない事とされています。疑問等あればお尋ねください。
介護保険外のサービスとなる場合には、全額自己負担となります。

[営業時間] 午前 8:30～ 午後 17:30

(地域区分単価 : 10.45 サービス提供時間 : 7 時間以上 8 時間未満)

① 提供するサービスの利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合) について

	基本単位	1 カ月あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1 カ月あたりの 自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	1,647	17,211 円	1,722 円	3,443 円	5,164 円
要支援 2	3,377	35,289 円	3,529 円	7,058 円	10,587 円

【加算：通所介護相当サービス】

科学的介護推進 体制加算	40/月	418 円	42 円	84 円	126 円
ベースアップ等支援加 算	1, 1%		左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割

サービス 提供体制 強化加算 (I1) ※	別に厚生労働大臣が 定める基準に適合し ている場合	要支援 1	72	752 円	75 円	150 円	225 円
		要支援 2	144	1,504 円	150 円	300 円	451 円
介護職員 処遇改善 加算(I) ※	介護職員の処遇改善に 関して、一定の改善基準 を超えた場合	所定単位数の 59/1000	左記の単位数 ×地域区分		左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割

※介護職員処遇改善加算= 5.9% 月毎

② 運営基準 (厚生省令)で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)

区 分	金 額 (単 位)	内 容 の 説 明
1) 食事提供費	1 食 700 円	利用毎の自己負担
2) 日用品費	T 型カミソリ 50 円	利用者の希望によって提供した場合

※行事食やイベント等の特別な食事をご用意する場合があります。要した費用の実費をご負担いただきます。

※ サービス提供地域：座間市内

③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額、自己負担)

区 分	金 額 (単 位)	内 容 の 説 明
行事・クラブ代	其の都度の金額を実費。	其の都度、利用者の希望による。

(2)利用者負担金は、サービスを提供した翌月の27日に、ご指定の金融期間の口座から引き落としとなりますので、よろしくお願ひします。(* 又は、「毎回現金でお支払い頂きますので、よろしくお願ひします」)。

5 サービスの中止

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先(又は前記のサービス責任者連絡先)までご連絡ください。

連絡先(電話) 046-255-7772 営業時間 午前 8:30～午後 17:30

(2) 利用者の都合で、サービスを中止する場合にはできるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。

6 その他

(1) サービス従事者に対する、贈り物や飲食等のもてなしは、一切ご遠慮させていただきます。

7 サービス内容に関する苦情

当事業所 苦情窓口 担当 山口・植田 電話 046-255-7772

※ 当社以外に、市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

座間市健康部介護保険課 認定係 連絡先電話 046-252-7538

月～金曜日：受付時間：8:30～17:15 住所：座間市緑ヶ丘 1-1-1

国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係 連絡先電話 0570-022110

月～金曜日：受付時間：8:30～17:15 住所：横浜市西区楠町 27-1

8 当社の概要

法人種別・名称 社会福祉法人 慈恵会

法人所在地・座間市新田宿151 : 電話番号：046-256-3363

代表者役職・氏名 理事長 澤田麻衣子

定款の目的に定めた事業

- | | | |
|--------------|---------------|-----------------|
| 1 指定介護施設事業 | 第一座間苑:新田宿151 | 電話 046-256-3363 |
| 2 短期入所事業 | 同上 | |
| 3 指定介護施設事業 | 第二座間苑:新田宿 623 | 電話 046-200-8338 |
| 4 短期入所事業 | 同上 | |
| 5 地域包括支援センター | 同上 | 電話 046-256-9007 |
| 6 通所介護事業 | 座間市新田宿 125-4 | 電話 046-255-7772 |
| 7 訪問介護事業 | 同上 | |
| 8 居宅介護支援事業 | 同上 | |

9 緊急時の対応方法

サービス提供中に、ご利用者様の容態の変化等があった場合、事前のマニュアルに従い主治医、救急隊親族等へ連絡をします。

10 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、関係医療機関、市町村・及び介護予防支援事業者等へ連絡を行なうなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行ないます。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
市町村	連絡先	
介護予防 支援事業者	連絡先	
主治医への 連絡基準		

11 非常時、災害時の対策

災害の危険が迫っている時、また災害が起きてしまった時には、的確な判断と落ち着いた行動を取ることが求められます。作成したマニュアル等に沿って行動し、二次災害を防ぎます。

- ① 災害が発生した時、現場の状況しだいご利用者を職員の誘導で安全な場所に非難させる。
- ② 施設利用者の安否確認と初期救急処置。
施設利用者、スタッフの安全確認を直ちに実施し、負傷者が居る場合は安全な場所へ移動させ応急処置を行います。
- ③ 二次災害を防止する為にも、情報収集と施設・設備の安全確認をする。
- ④ ご利用者のご家族等へ、安否確認の連絡を取ります。

12 (秘密保持義務)

- (1)甲(通所介護サービス利用者)及び乙(通所介護サービス提供事業者)は、知りえた情報を管理者の注意をもって、その情報を管理・保持するものとする。
- (2)(使用目的) 乙は、本件の秘密情報を(介護サービス提供)の目的としてのみ使用する。
- (3)従事者は、その業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を漏らさない事、及び過去に従事者であった者がその業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を漏らさない事。

13 事業所の職員体制（二単位登録：二居室・一単位 25 名・二単位 15名 = 40名）

1) 一単位 25 名

職 種	常勤(兼務)	非常勤(兼務)	備 考	職員資格内容	取得職員数
① 管理者	(1) 名		他事業所兼務		
② 生活相談員	(2) 名	(1) 名	二単位兼務	介護福祉士	3 名
③ 看護職員		(3) 名	同 上	正看/准看	3 名
④ 介護職員	1/(2) 名	9/(1) 名	同 上	介護福祉士	5 名
⑤ 機能訓練指導員		(3) 名	看護師兼務	正看/准看	3 名
⑥ 事務職員		(1) 名			

事業所の職員体制（二単位登録：二居室・一単位 25 名・二単位 15名 = 40名）

2) 二単位 15 名

職 種	常勤(兼務)	非常勤(兼務)	備 考	職員資格内容	取得職員数
① 管理者	(1) 名		他事業所兼務		
② 生活相談員	(2) 名	(1) 名	二単位兼務	介護福祉士	3 名
③ 看護職員		(3) 名	同 上	正看/准看	3 名
④ 介護職員	1/(2) 名	9/(1) 名	同 上	介護福祉士	5 名
⑤ 機能訓練指導員		(3) 名	看護師兼務	正看/准看	3 名
⑥ 事務職員		(1) 名			

14 従業員の研修

事 項	有 無	備 考
外部研修	有	四市合同研修会等
施設内研修	有	月一回其の都度の研修テーマ・拘束・虐待・秘密保持・等々

従業員の会議

事 項	有 無	備 考
各事業責任者合同会議	有	月一回第 4 月曜日・運営会議等
職員会議 ケアワーカー	有	月一回 25 日・業務連絡等々・
ケア・カンファレンス会議	有	月一回第 2 金曜 利用者個々に対してのサービス検討・
マニュアル検討会議	有	年二回
苦情・事故委員会	有	月一回第 1 金曜日
厨房会議	有	月一回

重要事項説明書に関する同意書

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供開始にあたり、重要事項説明書を交付し重要な事項の説明を致しました。

事業者 社会福祉法人 慈恵会

所在地 座間市新田宿 1 2 5 - 4

名称 ケアセンター座間苑 印

(事業所番号、1 4 7 4 1 0 0 0 2 9)

重要事項内容 説明者

氏名 _____ 印

私は、通所介護サービスを利用するにあたり本書面重要事項説明書の交付を受け、事業者より重要事項の説明を受け同意を致しました。

利用者

(住所)

(氏名)

印

家族の代表

(住所)

(氏名)

印

利用者は、身体の状態等により署名ができなため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者

(住所)

(氏名)

印

個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族の個人情報については、下記に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

- （1）居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- （2）利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報提供の場合
- （3）利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合

2. 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3. 使用期間

契約で定める期間

4. 使用条件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。また、サービス終了後においても、第三者に漏らさないこと
- （2）個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

令和 年 月 日

利用者

（住所）

（氏名）

印

家族の代表

（住所）

（氏名）

印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者

（住所）

（氏名）

印