

# (介護予防・日常生活支援総合事業) 重要事項説明書

令和6年4月1日 改定

## 1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

(担当) 田中 英次

(電話番号) 0739-33-9335

(営業時間) 午前8:00~午後5:00

ご不明な点は、何でもお尋ねください。

## 2 医療法人竹村医院通所介護事業所の概要

### ①事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	医療法人 竹村医院通所介護事業所
所在地	〒646-0022 田辺市東山1丁目7番23号 介護老人保健施設セントポーリア2階
介護保険指定番号	通所介護事業 (和歌山県 3072201571 号)
サービス提供地域	田辺市 (旧田辺市) ※こちらの地域以外の方でもご相談ください
サービス内容	通所介護計画に沿って、送迎・食事の提供・入浴介助、 機能訓練・生活相談・レクリエーション その他必要な介護等を行います。
定員	32名様
設備	食堂兼機能訓練室96㎡ 医務室・静養室・相談室 浴槽 一般槽5槽 / 特別浴槽1層 送迎車7台

### ②営業日・時間

月曜日 ~ 土曜日	午前8:00 ~ 午後5:00
-----------	-----------------

※ただし、日曜日と1月1日~1月3日は休業とする

### ③サービス提供時間

月曜日 ~ 土曜日	午前8:45 ~ 午後4:15
-----------	-----------------

### ④職員体制

	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務
管理者		1名		
看護師・准看護師			1名	2名
介護福祉士・介護士	4名	3名	6名	
機能訓練指導員			1名	2名
生活相談員		2名		

## 3 医療法人竹村医院通所介護事業所のデイサービスの特徴等

### (目的)

医療法人竹村医院が開設する医療法人竹村医院通所、介護予防事業所指定通所介護・指定第1号通所事業所(「事業所」という。)が行う指定通所介護予防・指定第1号通所事業(「事業」という。)の適正な運営を確保するため、人員および運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員・看護師・介護職員等(「介護職員等」という。)が、要介護・要支援等状態にある高齢者に対し適正な介護予防通所介護(「通所介護」という。)を提供することを目的とする。

### (運営の方針)

要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し適切な通所介護を提供し、要介護・要支援者の心身の特性を踏まえ、その能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう施設において入浴・食事の提供・機能訓練等を行い、利用者の心身の機能維持ならびに利用者家族の身体的および精神的負担の軽減を図れるよう支援して参ります。事業の実施にあたっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスに努めて参ります。

### (身体拘束の禁止)

事業者は、サービスを提供にあたり、利用者または他の利用者等の生命および身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を致しません。身体拘束を行う場合には、あらかじめその内容等を利用者・家族等に説明してその同意を得た上、その内容および時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。

#### 4 利用料金

##### ■介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当）

サービス名称	対象	サービス利用回数	自己負担額
通所型サービス21	事業対象者・要支援1	1ヶ月4回まで	436円×回数
通所型サービス22	要支援2	1ヶ月8回まで	447円×回数

##### ■介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当）加算算定項目

	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
介護職員等 処遇改善加算(Ⅱ)	1ヶ月サービス利用料+対象となる加算減算×加算率9.0%		

##### ■自費をいただくもの（介護保険適用外）

昼食代・・・600円 おやつ（お茶菓子）・・・50円 おやつ（飲み物）・・・50円  
 ※おむつ代・電化製品使用電気代・酸素濃縮器使用電気代・レクリエーションにかかる費用等  
 ※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

（料金の支払方法等）

介護保険を適用する場合、利用者負担額は利用者の負担割合に応じて算定されます。  
 ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については全額自己負担となります。  
 毎月月末締めとし、翌月10日前後に請求書を発行しお渡し致します。  
 次回ご利用時に窓口でお支払いいただくか、口座振替をご利用ください。  
 お支払確認完了後、領収書を発行します。

#### 5 サービスの利用方法等

（サービスの利用開始）

ケアマネージャーを通じての依頼後、ケアマネージャーと共に当社職員がお伺い致します。  
 重要事項の説明や居宅サービス計画に沿った通所介護計画の説明を行い、同意を得たうえで契約を結び、  
 通所介護計画書を作成しサービスを開始します。

（サービスの利用中止）

利用者の都合でサービスを中止する際、利用日当日の午前8時30分までに連絡をいただかなかった場合  
 昼食代600円を負担していただきます。

（サービスの利用終了）

以下の場合、自動的に契約を終了させていただきます。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合
- ・利用者の要介護認定区分が、要介護と認定された場合

（健康上の理由による中止）

- ・風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
  - ・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合サービス内容の変更または中止することがあります。
  - ・利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。
- ※その際は、ご家族（代理人）に連絡の上適切に対応します。

（契約の終了）

以下の場合、文章で通知することにより即座に契約を終了させていただく場合がございます。

- ・利用者が利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合
- ・利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、
- ・利用者が入院もしくは病気等によって3ヶ月以上にわたってサービスを利用出来ない場合
- ・利用者やご家族の方などが、事業所やサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

以下の場合、文章で通知することにより即座に契約を終了していただくことが出来ます。

- ・事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業所が守秘義務に反した場合
- ・事業所が利用者やそのご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業所が破産した場合

## 6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

## 7 非常災害対策

非常災害時の対応・・・自衛消防組織による対応  
防火責任者・・・田中 英次（防火管理者）  
防災設備・・・自動火災検知設備による消防署への通報  
防火訓練・・・年2回

## 8 事故発生時の対応

（事故が発生した場合の対応方法）

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村利用者様のご家族（代理人）に対して連絡を行い必要な措置を講じます。

（賠償すべき事態の対応方法）

契約書に定められた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。

（再発を防ぐための対策）

ケアカンファレンスを開催し再発防止対策を検討します。

## 9 サービス内容に関する苦情

（医療法人竹村医院通所介護事業所お客様苦情相談窓口）

苦情相談窓口担当	デイサービス 管理者
受付日	月曜日～土曜日（ただし日曜日・1月1日から1月3日までを除く）
受付時間・電話番号	午前8：00～午後5：00 ・ 0739-33-9335

（その他）

田辺市役所 やすらぎ対策課	0739-26-4931
和歌山県国民健康保険団体連合会	073-427-4662

※苦情処理等の方法については別紙「介護保険サービスに対する苦情処理方法について」にそって行うこととする。

## 10 サービスの第三者評価の実施状況

実施の有無： 無

## 11 個人情報

この契約にかかる個人情報の利用目的は【別紙】の通り、通所介護事業およびこれに付帯する業務の範囲内とする。

サービスの開始にあたり、利用者に対し本書面に基づいて重要事項を説明しこれを交付しました。

【事業者】医療法人竹村医院

(指定番号 3072201571 和歌山県)

〒646-0022 田辺市東山1丁目7番23号

介護老人保健施設セントポーリア2階

理事長 竹村 英一

【説明者】竹村医院通所介護事業所(指定番号 3072201571 和歌山県)

〒646-0022 田辺市東山1丁目7番23号

介護老人保健施設セントポーリア2階

田中 英次

本書面により事業者からサービスについての重要な事項の説明を受け、  
サービスの提供開始に同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

【利用者】 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ ④

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。  
(契約時において判断が下せない場合、下記の方を契約者とさせていただきます。)

【代理人】 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ ④ 続柄： \_\_\_\_\_