

重要事項説明書

指定通所介護/指定介護予防通所介護相当サービス
ワズホーム ケアセンター

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(京都府指定 事業所番号 2671400295)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護・指定介護予防通所介護相当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、契約上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「要支援」「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 | 株式会社アクティブ |
| (2) 法人所在地 | 京都府木津川市南加茂台5丁目11番地6 |
| (3) 電話/FAX番号 | 0774-76-0777/0778 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 大山 英雄 |
| (5) 設立年月 | 平成15年3月6日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|----------------|---|
| (1) 事業所の種類 | ①指定通所介護事業所
京都府指定 事業所番号 2671400295
②介護予防通所介護相当サービス指定事業所
京都府指定 事業所番号 2671400295 |
| (2) 事業所の目的 | ①指定通所介護事業所：介護保険法令の趣旨に従い、利用者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、利用者に対し各種サービスを提供します。
②介護予防通所介護相当サービス指定事業所：介護保険法令の趣旨に従い、契約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、契約者の生活機能の維持又は向上をめざして支援することを目的として、介護予防通所介護相当サービスを提供します。 |
| (3) 事業所の名称 | ワズホーム ケアセンター |
| (4) 事業所の所在地 | 京都府木津川市南加茂台5丁目11番地6 |
| (5) 電話番号/FAX番号 | 0774-76-7788/0778 |
| (6) 事業所長(管理者) | ①指定通所介護事業所 : 氏名 坂野 正晃
②介護予防通所介護相当サービス指定事業所 : 氏名 坂野 正晃 |

- (7) 利用定員 ①指定通所介護事業所
②介護予防通所介護相当サービス指定事業所 計30名

(8) 会社の理念

「ほっ」としていただける、そんなところを目指します。
家族のような「思いやり」の心を持ち、
住み慣れた我が家のような雰囲気の中で、
心からゆったりとくつろげるサービスを心がけます！

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 木津川市、相楽郡和束町

(2) 営業日及び営業時間

①指定通所介護事業所

営業日	日曜～土曜、 但し12月30日～1月3日を除く
営業時間(相談等受付時間)	日曜～土曜 8時30分～17時15分
サービス提供時間	日曜～土曜 9時00分～16時15分
休業日	12月30日～1月3日

①介護予防通所介護相当サービス指定事業所

営業日	日曜～土曜、但し12月30日～1月3日を除く
営業時間(相談等受付時間)	日曜～土曜 8時30分～17時15分
サービス提供時間	日曜～土曜 9時15分～14時00分
休業日	12月30日～1月3日

4. 職員の配置状況

当事業所では、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。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

①指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護相当サービス

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
1. 管理者		1名		
2. 生活相談員		3名		
3. 看護職員				5名
4. 介護職員		4名	2名	6名
5. 機能訓練指導員				5名
計	1名	7名	5名	11名

<主な職種の勤務体制>

① 指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護相当サービス

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間：8：30～17：15 ☆原則として3名の介護職員が勤務します。

2. 看護職員	勤務時間：9：00～16：15 ☆原則として1名の看護職員が勤務します。
3. 機能訓練指導員	勤務時間：9：00～16：15 ☆原則として1名の機能訓練指導員が勤務します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約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、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金はご契約者様の負担割合負担割合に応じ介護保険から給付されます。

【通所介護費】

<サービスの概要>

① 食事：(食事代は別途いただきます。)

当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。ご契約者の自立支援のため離床して食卓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) 11:45～12:45

② 入浴：入浴又は清拭を行います。寝たきりでもリフト式浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄：ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練：機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ レクリエーション：毎日趣向を凝らし、ご契約者の心身等の状況を踏まえレクリエーションをします。

⑥ 送迎サービス：ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

<サービス利用料金(1回あたり)>

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払い下さい。

(上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

ご契約者の要介護度とサービス利用料金	658 単位/日	777 単位/日	900 単位/日	1023 単位/日	1148 単位/日
--------------------	----------	----------	----------	-----------	-----------

※体調不良等正当な事由がある場合など特定の配慮すべき状況によって、通常の時間より短い時間の御利用される場合は、下記の利用料金をお支払いいただきます。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上 4時間未満	370 単位/日	423 単位/日	479 単位/日	533 単位/日	588 単位/日
4時間以上 5時間未満	388 単位/日	444 単位/日	502 単位/日	560 単位/日	617 単位/日
5時間以上 6時間未満	570 単位/日	673 単位/日	777 単位/日	880 単位/日	984 単位/日
6時間以上 7時間未満	584 単位/日	689 単位/日	796 単位/日	901 単位/日	1008 単位/日

<加算サービス利用料金>

加算分	送迎（片道）	入浴 I
サービス利用に係る自己負担額	利用料金に含む	40単位
事業所が送迎を行わない場合	-47単位/片道	

<選択的サービス>

選択的サービスを利用される場合には、それぞれ以下の料金が上記に加算されます。

	個別機能訓練加算 I (□)
	実施時毎回
サービス利用に係る自己負担額	56単位/回

☆ご契約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一旦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、ご契約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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆平成 24 年度より国家公務員の地域手当に準じ、地域割りの区分の見直しがあり、木津川市が 6 級地に設定されることとなりました。そのため、介護保険の給付の対象となるサービスの総利用料金に 2.7% を乗じた金額を利用料金として請求させていただきます。（食事代などの介護保険外の料金はその限りではありません）

【介護予防通所介護相当サービス費】

<サービスの概要>

日常生活支援（※通所介護相当サービスの概要に準ずる）

☆介護予防通所介護相当サービスは、自立支援の観点から、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、契約者の生活機能の維持又は向上をめざして支援することを目的としています。

☆契約者が自立した生活を送るために、能力に応じ食事・入浴・排泄など必要な支援を行います。

<選択的サービス>

選択的サービスについてはご利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、介護予防相当サービス計画に沿い、事業所とご利用者で協議したうえで介護予防通所介護相当サービス計画に定めます。

- ①運動機能向上サービス：機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、運動器機能向上計画を作成し、運動器の機能向上のための訓練を実施します。
- ②栄養改善サービス：管理栄養士等により、ご契約者の栄養状態・摂食・嚥下機能の状態等に応じて、栄養ケア計画を作成し、栄養状態を改善するためのサービスを実施します。
- ③口腔機能向上サービス：歯科衛生士等により、ご契約者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善計画を作成し、口腔清潔・摂食・嚥下機能向上等を図るためのサービスを実施します。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第6条参照）

☆利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。介護予防サービス計画において位置づけられた支給区分によって次のとおりとなります。

★基本サービス

ご契約者の要支援度とサービス利用料金	要支援1	要支援2
サービス利用に係る自己負担額	1798 単位/月	3621 単位/月

※平成30年4月より要支援2で週1回利用の方は要支援1と同料金となります

☆月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆月途中で要支援度が変わった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

☆ご契約者がまだ要支援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。要支援の認定を受けた後、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、介護予防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、ご契約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。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆利用する曜日や内容等については、介護予防相当サービス計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護相当サービス計画に定めます。

☆ただし、契約者の状態の変化、介護予防相当サービス計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆平成24年度より国家公務員の地域手当に準じ、地域割りの区分の見直しがあり、木津川市が6級地に設定されることとなりました。そのため、介護保険の給付の対象となるサービスの総利用料金に2.7%を乗じた金額を利用料金として請求させていただきます。（食事代などの介護保険外の料金はその限りではありません）

☆通所介護・介護予防通所介護相当サービス

介護職員処遇改善加V（4） 合計単位数×7.4%

介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

- ①食事代（昼食）：690円（1食） おやつ代 120円
- ②プリント費用（脳トレ・資料(自宅トレーニング)、病気資料等）：平均50円（1回当たり）※希望者のみ
- ③レクリエーション、クラブ活動
ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ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きます。（事前にご連絡いたします。）
- ④複写物の交付：10円（1枚）
ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
- ⑤写真現像代：50円（1枚）
- ⑥日常生活上必要となる諸費用実費
日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。
おむつ代：150円（1枚）
リハビリパンツ代：100円（1枚）
パット代：20円（1枚）
衛生用品：実費
上記生活品は相場の実費用を徴収いたします。
☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

（3）利用の中止

当日になって利用の中止の申し出をされた場合でも、キャンセル料はいただきません。
※但し、休み連絡時に食事の発注がキャンセルできなかった場合は、食事代のみ頂きます

（4）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）、（3）の料金・費用は、サービス利用終了時（月末締め）に、ご請求書を発行いたします。下記の支払い方法にてお支払い願います。

- ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関：南都銀行（他銀行も可）、郵便局、農協
- イ. 下記指定口座への振り込み（翌20日までにお支払願います）
南都銀行 加茂支店 普通預金：2030829
名義：株式会社アクティブ 代表取締役 大山 英雄

（5）サービス利用の変更・追加

サービスの変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、担当の介護支援専門員と連絡・調整し、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 守秘義務

- （1）従業者は、業務上知り得たご利用者及びそのご家族の秘密を保持します。
- （2）従業者であった者に、業務上知り得たご利用者及びそのご家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- （3）サービス担当者会議等にて、ご利用者及びそのご家族の個人情報等を用いる場合は、あらかじめ、ご利用者及びそのご家族から文書にて同意を得ます。

- (4) 事業所またはサービス提供者の責任により守秘義務に違反した場合は、その損害を賠償いたします。

7. 緊急時における対応方法

- (1) 通所介護職員等は、通所介護を実施中にご利用者の病状に急変その他緊急な事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者・ご家族に報告します。
- (2) 体温が38℃以上になった場合や、下痢や嘔吐があり感染が考えられる場合は、他のご利用者に感染することを防ぐ為に、自宅へ帰宅していただきます。ご家族が病院に来ていただくことができる場合には、病院に送迎することでの対応も致します。

8. 事故発生時の対応

- (1) 事故発生時は、当事業所のマニュアルに沿ってまたは適切な対応をとります。
- (2) 何らかの事故が発生した場合には、ご家族・担当ケアマネージャー・関係市町村へ連絡・報告等の必要な措置をとります。
- (3) 当事業所のサービス提供時に、事業所またはサービス提供者の責任により生じた事故等による損害については、速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様です。ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合はこの限りではありません。

9. 非常事態対策

非常災害に備えて、必要な設備を設け防災・避難に関する計画を作成します。非常事態に備え、少なくとも6ヶ月に1回は避難訓練・救出その他必要な避難訓練を行います。

10. 送迎について

- (1) 原則として、玄関の中までのお迎え、お送りをいたします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族とお話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- (2) 送迎時間につきましては、諸事情等で10分以上到着が遅れる場合がございます。その際は、事業所より電話連絡いたします。
- (3) ご利用者の体調不良等を除き、準備等が出来ていない場合、他のご利用者にご迷惑をかけてしまいますので、長時間待機することは出来ません。ご本人、ご家族のご協力をお願いいたします。
- (4) 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。
- (5) 3項に定める通常の実施区域を越えて行う事業に要した送迎の費用は、通常の事業の実施区域を越えた地点から、1キロメートルあたり200円を徴収いたします。

11. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 坂野 正晃

○電話番号 0774-76-7788

○受付時間 毎週 日曜日～土曜日 8:30～17:15

また、苦情受付ボックスを施設に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

木津川市市役所 高齢介護課	所在地 電話番号	木津川市木津南垣外110番地9 0774-75-1213
京都府国民健康保険団体 連合会	所在地 電話番号	京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋620 075-354-9090
和束町役場福祉課	所在地 電話番号	和束町釜塚生水14-2 0774-78-3006

令和 年 月 日

指定通所介護・指定介護予防通所介護相当サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ワズホーム ケアセンター

説明者職名 生活相談員 氏名

私は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護・指定介護予防通所介護相当サービスの提供開始に同意し、並びに利用料金の支払について同意し、受領いたしました。

また、このたび、サービスを利用するにあたり、ご利用者及びそのご家族の個人情報をサービス担当者会議等で、用いることに同意いたします。

また、デイサービスでの様子の写真及びビデオを個人名等の個人情報は漏洩しない条件で、ホームページ、パンフレットで使用することを認めます。

※ 上記の個人情報の使用に関して、了承得られない場合は、二重線で削除することとする。

デイにて撮った写真をデイルームにて飾ること・利用者様の要望に応じて写真を現像し、お渡しすることを了承します。

※ 上記の写真の使用に関して、了承得られない場合は、二重線で削除することとする。

利用者 住所
氏名

代理人 住所
氏名