

重要事項説明書

1 当社の理念

私たちは、医療・保健・福祉の分野で、地域の方々の生活を生涯に渡って支えることに最善を尽くし、そして、そこで働いていることに誇りをもちます。

2 事業の目的と運営方針

事業者（介護予防通所介護）は、要支援状態である利用者に対し、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い、利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ります。

また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の医療・保健・福祉サービス等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3 事業所の概要

| | | |
|----------|--------------------|--|
| 事業所名 | ハートホーム中央デイサービスセンター | |
| 所在地 | 山口市神田町4-8 | |
| 事業者指定番号 | 3570302186 | |
| 提供可能サービス | 介護予防通所介護（定員10名） | |
| 管理者及び連絡先 | 氏名 | 連絡先 |
| | 上田 隆文 | 083-941-6740 |
| サービス提供地域 | 山口市 | |
| 職員体制等 | 管理者 | 1名（同一敷地内の特別養護老人ホーム施設長及び短期入所生活介護の管理者と兼務） |
| | 生活相談員 | 3名（うち2名は介護職員及び機能訓練指導員と兼務） |
| | 介護職員 | 4名（うち2名は生活相談員及び機能訓練指導員と兼務、2名は機能訓練指導員と兼務） |
| | 機能訓練指導員 | 4名（うち2名は生活相談員及び介護職員と兼務、2名は介護職員と兼務） |
| 営業日・営業時間 | 月曜日～日曜日 | 10:00～19:00 |
| サービス提供時間 | 上記営業日の | 10:30～18:00 |

4 サービス提供の責任者等

サービス提供の責任者は、次のとおりです。

なお、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。

責任者 氏名： 上田 隆文

連絡先（電話）： 083-941-6740

5 サービス利用料及び利用者負担

(1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。また、食事提供に関わる費用、おむつ代、衛生材料費、および日常生活においても常に必要となるもので、利用者が負担することが適当と認められる費用については、利用者の実費負担となります。

朝食420円、昼食578円、夕食578円（嚥下食を希望の場合は1食あたり50円追加）

(2) その他

ア 交通費通常の利用者提供地域（又は送迎地域）以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費相当）が必要となります。（別途見積もりいたします。）

イ 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とし。口座引落1件につき50円の手数料をお支払いいただきます）。

B 現金払い（毎月15日までにお支払い願います）。

ウ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。介護予防サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求することになります。

エ 利用者負担金の滞納が3ヵ月分以上ある場合（または4ヶ月以前の滞納がある場合）には、利用者負担金の未払金に対し、年利3%の延滞料を別途請求させていただきます。

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります（介護保険外のサービスとなる場合には、介護予防サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります）。

6 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

全体窓口（連絡先）（電話）：083-941-6740

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

7 サービス利用に当たっての留意事項

(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、ご遠慮させていただきます。

(2) 貴重品等の持込は、ご遠慮ください。また、利用者の所持品に関わる事故（紛失、破損等）につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

8 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない場合は、利用者および保証人の同意を書面にて得た上で身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

9 相談窓口、苦情対応

○当事業所ではお客様からの相談や苦情に対して、次の様な体制で対応致します。何かありましたら、先ず苦情受付担当者にご一報願います。

| 担 当 | 役 割 | 担当者名および連絡先 |
|---------------------|---------------------|---|
| 苦情受付担当者 | 苦情の受付、確認、記録 | 上田 隆文 電話番号： 083-941-6740 FAX： 083-941-6790 対応時間：（月）～（土）8：30～17：30 |
| 苦情解決責任者（事務次長） | 苦情の解決 | 上田 隆文 電話番号： 083-941-6740 FAX： 083-941-6790 対応時間：（月）～（土）8：30～17：30 |
| 第三者委員（青藍会グループ全体を包括） | 苦情の解決に対する助言、苦情の直接受付 | 武田 宏子（湯田地区 民生委員） 山口市神田町9-16 電話番号： 083-924-3091 重富 建久（宮野地区 民生委員） 山口市宮野下311-2 電話番号： 083-925-1812 末宗 諭史（小原地区民生・児童委員） 山口市黒川765-6 電話番号： 083-924-6503 梶田 ヨシコ（前 佐山地区 民生委員） 山口市佐山2294 電話番号： 083-989-3287 |

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

| | |
|---------------------|---|
| 山口市介護保険課 | 所在地： 山口市亀山2-1 電話番号： 083-934-2795 |
| 山口県国民健康保険団体連合会（国保連） | 所在地： 山口市朝田1980-7 電話番号： 083-995-1010 |
| 山口市地域包括支援センター | 所在地： 山口市亀山2-1（山口市役所内） 電話番号： 083-934-2758 |

1 0 非常災害対策

- (1) 地震・風水害等、災害発生時には、管理者、防災管理者及び事務長の判断により、当事業を休止する場合があります。
- (2) 当事業所では、非常災害には次のような体制で対応します。

| | |
|--------------|---|
| 防災管理者（防火管理者） | 上田 隆文 |
| 非常時の対応方法 | 当事業所の定めるマニュアルによる |
| 平常時の訓練 | 2回／年（春・秋）、設備点検もあわせて実施 |
| 防災設備 | 消火器、誘導灯、自動火災報知設備、消防署へ通報する火災通報設備、スプリンクラー設備 |

1 1 事故・問題発生時の対応

事故・問題が発生した場合、利用者の状態を確認し、必要な処置を行いません。事故・問題の発生状況、利用者の状態については「事故報告書」に記録を残し、管理者より利用者のご家族に報告をします。また、必要であれば関連部署、市町村にも連絡をします。

各部署で発生した事故・問題に対して、管理者は自分の部署の職員と発生した事故・問題について「事故報告書」を基に対処方法を検討、決定し、是正処置を行います。また、管理者は発生した事故・問題の内容を確認し、その事故・問題の発生原因を職員と共に究明し、再発防止に努めます。

1 2 当社の概要

| | |
|----------|--|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 青藍会 |
| 代表者名 | 理事長 阿武 義人 |
| 本社所在地・電話 | 所在地：山口市吉敷中東一丁目1-2 電話番号：083-933-6000 |
| 業務の概要 | 訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、夜間対応型ヘルパーステーション、デイサービスセンター、グループホーム、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、有床診療所、短期入所施設、保育園、有料老人ホーム、住宅、特別養護老人ホームの設置経営 |
| 事業所数 | 27 |

【 説明確認欄 】

平成 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

(事業所) 社会福祉法人 青藍会 理事長 阿武 義人 印
ハートホーム中央デイサービスセンター 山口市神田町4-8

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

(利用者) 住所 _____
氏名 _____ 印

(連帯保証人1) 住所 _____
氏名 _____ 印

(連帯保証人2) 住所 _____
氏名 _____ 印

(別紙資料)

ハートホーム中央デイサービスセンター 利用料金
(介護予防通所介護)

【介護保険料法定利用料自己負担金】

○介護予防通所介護費（月額）

| | |
|-------|----------|
| 要支援 1 | 2, 099 円 |
| 要支援 2 | 4, 205 円 |

○各種加算（月額）

| | |
|--|-------|
| 生活機能向上グループ活動加算 | 100 円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 240 円 |
| 同一建物に対する減算 | |
| 要支援 1 | 376 円 |
| 要支援 2 | 752 円 |
| （当事業所と同一建物に居住している場合） | （減算） |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | |
| 要支援 1 | 48 円 |
| 要支援 2 | 96 円 |
| （介護職員のうち、介護福祉士の割合が 40%以上） | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | |
| 要支援 1 | 24 円 |
| 要支援 2 | 48 円 |
| （サービスを直接提供する職員のうち、勤続年数 3 年以上の職員の割合が 30%以上） | |
| ※該当する場合、いずれかのみ算定 | |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | |
| 上記介護予防通所介護費及び各種加算の 1.9%に相当する額 | |

【その他利用料金】

| | |
|--------------------------|-------|
| 食事提供に掛かる費用 | |
| 朝食 | 420 円 |
| 昼食 | 578 円 |
| 夕食 | 578 円 |
| 嚥下食を希望された場合の追加料金 | 50 円 |
| 通常の利用サービス提供地域外への送迎に要する費用 | 実費 |

【手数料等】

| | |
|---|--------------|
| 口座引落手数料 （口座引落 1 件につき） | 50 円 |
| 利用料支払い延滞料 （滞納が 3 ヶ月分、または 4 ヶ月以前の滞納がある場合） | 未払金に対して年利 3% |