

ハーブ内科皮フ科在宅医療介護センター 通所介護 重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して通所介護のサービスを提供します。サービスの提供開始にあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容・ご利用料金、契約上のご注意等を次の通り説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 ハーブ内科皮フ科
主たる事務所の所在地	〒470-2206 愛知県知多郡阿久比町大字横松字宮前67番地
代表者（職名・氏名）	理事長 竹内 秀俊
設 立 年 月 日	平成11年12月7日
電 話 番 号	0569-48-9074

2. ご利用事業所の概要

事業所の名称	ハーブ内科皮フ科在宅医療介護センター	
サービスの種類	通所介護	
事業所の所在地	〒470-2206 愛知県知多郡阿久比町大字横松字宮前67番地	
電 話 番 号	0569-49-2752	
管理者（氏名）	三縞 優子	
指定年月日・事業所番号	平成20年4月1日指定	2375701345
実施単位・利用定員	1単位	定員25人
通常の事業の実施地域	阿久比町、半田市、東浦町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	医療法人ハーブ内科皮フ科が開設するハーブ内科皮フ科在宅医療介護センターが行う通所介護の事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員及び介護職員（以下「従業者」という）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な通所介護サービスを提供することを目的とします。
-------	---

運営の方針	1 通所介護の提供にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。 2 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
-------	--

4. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、ゴールデンウィーク及びお盆、及び年末年始を除く。
営業時間	午前8時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前8時40分から午後3時50分まで

※暴風や路面凍結など、ご利用に危険が伴うと判断した場合、ご連絡の上お休みとさせていただきますことがあります。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1人
生活相談員	1. 1人以上（常勤換算）
看護職員	1人以上
機能訓練指導員	1人以上
介護職員	3. 2人以上（常勤換算）

2024年7月1日現在

6. 提供するサービスの内容

通所介護は、事業者が設置する事業所（ハープ内科皮フ科在宅医療介護センター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介助、生活等に関する相談及び助言、健康及び栄養状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び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。また、利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

加算対象サービスについては、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、居宅サービス計画に沿い、事業者と利用者で協議した上で通所介護計画に定めます。

※心身の状況から長時間のサービス利用が困難である場合や、病後などで短時間の利用から始め長時間利用に結び付けていく必要がある場合を含む利用者の強い希望があり、長時間のサービス利用が困難である利用者については、サービス担当者会議での話し合いのもと、ケアプランに位置づけられている場合に限り、短時間の通所介護サービスを提供します。

7. 利用料

利用者がサービスを利用した場合の「サービス利用料金」は以下のとおりです。利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、サービス利用料金に利用者の介護保険負担割合証に記載のある負担割合を乗じた額とします。（サービス利用料金は、利用者の要介護度又は要支援度に応じて異なります。）ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）介護保険の給付対象サービスのご利用料金

介護度	ご利用時間 (1日あたり)	単位数	利用者負担額（1日あたり）		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	5時間以上 6時間未満	570 単位	577 円	1,155 円	1,733 円
	6時間以上 7時間未満	584 単位	592 円	1,184 円	1,776 円
	7時間以上 8時間未満	658 単位	667 円	1,334 円	2,001 円
要介護2	5時間以上 6時間未満	673 単位	682 円	1,364 円	2,047 円
	6時間以上 7時間未満	689 単位	698 円	1,397 円	2,095 円
	7時間以上 8時間未満	777 単位	787 円	1,575 円	2,363 円
要介護3	5時間以上 6時間未満	777 単位	787 円	1,575 円	2,363 円
	6時間以上 7時間未満	796 単位	807 円	1,614 円	2,421 円
	7時間以上 8時間未満	900 単位	912 円	1,825 円	2,737 円

要介護 4	5 時間以上 6 時間未満	880 単位	892 円	1,784 円	2,676 円
	6 時間以上 7 時間未満	901 単位	913 円	1,827 円	2,740 円
	7 時間以上 8 時間未満	1,023 単位	1,037 円	2,074 円	3,111 円
要介護 5	5 時間以上 6 時間未満	984 単位	997 円	1,995 円	2,993 円
	6 時間以上 7 時間未満	1,008 単位	1,022 円	2,044 円	3,066 円
	7 時間以上 8 時間未満	1,148 単位	1,164 円	2,328 円	3,492 円

加算の種類	加算の要件	加算額
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、心身の状況に応じた機能訓練を行っている場合	56 単位／日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	個別機能訓練計画等の内容を厚労省に提出し、フィードバックを受けている場合	20 単位／月
入浴介助加算（Ⅰ）	入浴介助を適切に行うことができる人員・設備を有し、入浴介助を行った場合	40 単位／日
入浴介助加算（Ⅱ）	利用者の居宅の環境を踏まえた入浴計画を作成し、その入浴計画に基づいた入浴介助を行った場合	55 単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が 70 % 以上の場合	22 単位／日
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	口腔の健康状態及び栄養状態を確認・記録し、ケアマネージャーに報告した場合	20 単位／回 (6 ヶ月に 1 回)
科学的介護推進体制加算	利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出し、フィードバックされた情報をサービス提供に当たって活用している場合	40 単位／月

介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）	別に厚生労働大臣が定める基準 に適合している場合	1月の合計利用 単位数の9.2%
送迎減算	送迎を行わなかった場合	－47単位／回

※地域区分…7級地（1単位あたり10.14円）

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、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、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。

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。

（2）その他の費用

①食事の提供にかかる費用

利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

1回あたり 昼食代 600円、おやつ代 110円

②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利用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：リハビリパンツM・L 80円 紙おむつM 105円・L 120円
尿とりパッド小 25円・大 40円

マスク：1枚 15円

連絡帳代：450円

（初回のご請求時および破損などにより使用できなくなり取替えをした場合にご請求させていただきます）

③行事等、利用者の希望によるレクリエーションに参加する場合の費用は実費をご負担いただく場合があります。

④キャンセル料

ご利用者の方のご都合により、サービスの中止をされた場合には、下記の料金がかかります。

- ・ご利用日当日の午前7時40分までにご連絡いただいた場合は、キャンセル料はいただきません。営業時間外の場合は、【080-4210-1417】の留守番電話にメッセージを残してください。
- ・ご利用日当日の午前7時40分までにキャンセルのご連絡がなかった場合は、キャンセル料として1210円を請求させていただきます。（デイサービスに

- お越しになってから熱発等により 3 時間未満で帰宅した場合を含みます)
- ・当日デイサービスにお越しになってから急な体調不良等、利用者の都合により食事をとらなかった場合は、提供予定であった食事の料金（昼食代 6 0 0 円、おやつ代 1 1 0 円）をいただきます。

（３）利用料金のお支払い方法

上記（１）及び（２）の利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
金融機関より 口座振替	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直後の平日）に、ご契約者が指定する口座より引き落とします。

８．健康診断

安心して通所介護サービスをご利用していただくために、胸部レントゲンを含めた健康診断のお願いをしています。市町村が行っている年に１度の特定健診は受けていただき、定期的に健康チェックを行うことをおすすめしています。

９．サービスの利用にあたっての留意事項

- サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。
- （１）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
 - （２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
 - （３）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。
 - （４）サービスの利用中に体調不良（発熱等）になった場合は、原則としてご家族にお迎えに来ていただきます。
 - （５）サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間に提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。
 - （６）残存機能を活かした自立を目的とする支援を行っていきます。危険が伴わないよう十分配慮して見守り等を行います。ご自身での立ち上がり・歩行等、すべての安全についての保障は致しかねますので、ご理解をお願いいたします。

１０．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたと

きは、事前の打ち合わせにより、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

1 1. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 2. 苦情相談窓口

(1) 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）ハーブ内科皮膚科在宅医療介護センター

〔管理者〕 三縞 優子

○電話番号 080-4210-1417

○FAX 番号 0569-47-7101

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村の窓口】 阿久比町役場 民生部 健康介護課 介護保険係	所在地 電話番号 受付時間	愛知県知多郡阿久比町卯坂殿越 50 0569-48-1111（内線 1125・1126） 月～金曜日（祝日除く）8:30～17:15
【市町村の窓口】 半田市役所 福祉部 高齢介護課	所在地 電話番号 受付時間	愛知県半田市東洋町二丁目 1 番地 0569-84-0648（直通） 月～金曜日（祝日除く）8:30～17:15 （水曜日のみ 19:30 まで）
【市町村の窓口】 東浦町役場 福祉課 社会高齢係	所在地 電話番号 受付時間	愛知県知多郡東浦町大字緒川字政所 20 0562-83-3111（内線 124・127・137） 月～金曜日（祝日除く）8:30～17:15 （水曜日のみ 19:30 まで）
【市町村の窓口】	所在地 電話番号 受付時間	
【公的団体の窓口】 知多北部広域連合 事業課 給付係	所在地 電話番号 受付時間	愛知県東海市荒尾町西廻間 2-1 052-689-2263（直通） 月～金曜日（祝日除く）8:30～17:15
【公的団体の窓口】 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係	所在地 電話番号 受付時間	愛知県名古屋市東区泉 1-6-5 052-971-4165（直通） 月～金曜日 9:00～17:00

1 3. 非常災害対策

事業所では消防関係法令に従い、火災・非常災害時に備えて、防火管理者を定め、具体的な消防計画を作成、管轄消防署に届出をしています。

また、事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画を策定しています。

定期的に消防用設備等の点検を実施すると共に、定期消防訓練を行います。

1 4. 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

○虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者：管理者 三縞 優子

○従業者に対する虐待の防止に関する適切な知識を啓発・普及するための研修を、年1回実施します。

- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者または擁護者等による虐待または虐待が疑われる利用者を発見した場合は速やかにこれを市町村に通報するものとします。

1 5. ハラスメント対応

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるよう、ハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業者は、職場におけるハラスメント防止のため「ハラスメント対策基本方針」を策定します。

- (2) 利用者およびそのご家族が事業所の職員に対して以下のハラスメント行為を行った場合には、利用契約の解除も含めて厳正に対応いたします。

●暴行：叩く、ける、つねるなど

●暴言：「役立たず」など職員の尊厳を傷つけるような言葉を使う、など

●威嚇：近距離で職員に対して怒鳴る、職員の求めに反してペットを柵に入れない、など

●セクハラ：必要もなく手や腕を触る、性的な動画・音声を流す、など

●過度な要求：職員の雇用契約以外の労力や介護保険制度から逸脱する内容の要求など

●プライバシー侵害：職員の許可なく写真や動画を撮影してSNS上に投稿する、執拗に個人情報を探ねる、など

●その他、上記に値する、当事者間の信頼関係を破壊する一切の行為

1 6. 秘密の保持

●事業所職員は、サービス提供をする上で知り得た契約者及びその家族

に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。

●事業所職員は、契約者から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、契約者及びその家族の個人情報を用いません。

17. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況 … なし

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者名	医療法人	ハーブ内科皮膚科
代表者	理事長	竹内 秀俊
説明者		三縞 優子

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 氏 名

私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

代筆者 氏 名
 本人との続柄

本人の意思の確認が困難であるため、代理人（または身元引受人）として同意します。

代理人 氏 名
(身元引受人) 本人との続柄