

ハーブ内科皮フ科在宅医療介護センター

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して第1号通所事業（介護予防通所介護相当）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、契約上ご注意いただきたいこと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

| | | |
|-------------|------------------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称 | 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 | 第1号通所事業（介護予防通所介護相当） | |
| 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30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 | |

3. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図 |

| | |
|--|---|
| | りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |
|--|---|

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

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）は、事業者が設置する事業所（ハーブ内科皮膚科在宅医療介護センター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康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。

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、介護予防ケアプランに沿い、事業者と利用者で協議した上で第1号通所事業計画に定めます。

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、超えた額的全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料

〔基本部分〕

| 基本料金 (1月あたり) | | ご利用回数 | ご利用時間 7時間以上 9時間未満 | 利用者負担額 (1月あたり) | | |
|-----------------|------|-------|-------------------------|----------------|--------|---------|
| | | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 利用者の 要介護度 | 要支援1 | 週1回程度 | 1,798単位 | 1,823円 | 3,646円 | 5,469円 |
| | 要支援2 | 週2回程度 | 3,621単位 | 3,671円 | 7,343円 | 11,015円 |

〔加算部分〕

| 加算の種類 | 加算要件 | 加算額 |
|------------------------|--|-------------------------|
| 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 | 要支援1 88単位 要支援2 176単位 |
| 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% |
| 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 |
| 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)

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

ご利用日当日のサービス提供開始時間までにご連絡がなくお休みされた場合はキャンセル料として食事の実費相当額710円をご請求させていただきます。

また、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600円、おやつ代110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. 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。

10. 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。

11. 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) ハーブ内科皮フ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) |
| 【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 2. 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地域包括支援センター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。

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。

15. 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言う、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

16. 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 | 事業者名 | 医療法人 | ハーブ内科皮フ科 |
| | 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