

地域密着型通所介護重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定 第 2872800681 号)

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護を提供します。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とおり説明します。

〔目 次〕

1. 法人（事業者）の概要
2. ご利用事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービスの特徴
5. 当事業所の利用料金
6. 緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について
7. 虐待防止について
8. 感染症対策について
9. 業務継続に向けた取り組みについて
10. ハラスメントについて
11. 契約の終了について
12. サービスに関する苦情と相談
13. 非常災害対策

1. 法人（事業者）の概要

- (1) 法人名 株式会社 T&H
- (2) 法人所在地 兵庫県加古郡播磨町南大中 1 丁目 5 - 1
- (3) 電話番号 0 7 9 - 4 3 9 - 2 3 2 8
- (4) 代表者名 寺尾 憲明
- (5) 設立年月日 平成 24 年 9 月 3 日

2. ご利用施設の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所（平成 26 年 5 月 15 日指定）
- (2) 事業所の名称 リハビリトレーニングセンター はっする
- (3) 事業所の所在地 兵庫県加古郡播磨町南野添 1 - 1 - 2 3 ハウスフリーデ 1F
- (4) 電話番号 0 7 9 - 4 3 7 - 0 8 4 6
- (5) 管理者名 前山 めぐみ
- (6) 開設年月日 平成 2 6 年 6 月 1 日
- (7) 利用定員 1 8 名

(8) サービス提供地域 加古郡播磨町

(9) 設備の概要

機能訓練室		静養室	2 室
送迎車両	4 台	相談室	1 室

(10) 営業日・営業時間

月～土曜日	午前 8 時～ 午後 5 時 30 分
日曜日・祝日	定休日

年末年始は休業です。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護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。

職員配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	業務内容	常勤換算数	指定基準数
管理者	事業の管理、運営	1 名	
生活相談員	相談援助業務、業務管理等	1 名以上	1 日あたりの指定配置基準は、下記のとおりです。
看護職員	利用者の看護業務	1 名以上	
介護職員	利用者の介護業務	2 名以上	
機能訓練指導員	機能訓練の指導	1 名以上	

※ 常勤換算 職員それぞれの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定労働勤務時間数(週 40 時間)で除した数です。

配置基準 生活相談員 1 名以上
看護職員 1 名以上
介護職員 当日の利用者の数が 15 名までは 1 名以上
機能訓練指導員 1 名以上

4. 当事業所が提供するサービスの特徴

(1) 運営方針

事業所の従事者は、ご契約者の要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、さらに、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の介護および機能訓練等、その他必要な事業を行うものとします。

(2) 提供するサービス

通所介護計画に沿って、送迎、その他必要な介護を行います。
具体的な内容は、当事業所の資料・連絡帳をご覧ください。

5. 当事業所の利用料金

サービス利用料金(1日あたり) 契約書第6条参照

下記の利用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および加算料金から介護給付費額を除いた金額(自己負担額)と、食事に係る自己負担額をお支払ください。

☆ 介護報酬1単位当たりの単価は、10.14円です。

(1) 要介護度別のサービス単位数および保険給付額と自己負担額(1割負担)

※処遇改善加算が入るため、あくまで目安の料金です

サービス提供時間 3時間以上4時間未満

要介護度別のサービス単位数	要介護1 416単位	要介護2 478単位	要介護3 540単位	要介護4 600単位	要介護5 663単位
自己負担額	422円	485円	548円	609円	673円

(2) 各種加算

利用中、すべてのご契約者に一律に加算(体制加算)されるものと、個々の要件に該当した場合に加算されるものがあります。

加算の種類	加算単位	自己負担額 (1割負担の方)
個別機能訓練加算(Ⅰ) 1	56 単位/回	57 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20 単位/月	21 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	41 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位/回	18 円

(3) 介護職員等処遇改善加算

1カ月にご利用された総単位数(要介護度別サービス費に各種加算を加えた総単位数)に、下記のサービス別加算率を乗じて算出されたものを言います。

- ① サービス別加算率 ……9.2%
- ② 当該加算は、すべてのご契約者に加算されます。
- ③ 当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象外です。

(4) その他の実費

- ・ 自費利用…3000 円/回(利用料と同時に一括請求、別途ご契約が必要です)
- ・ おやつ代…50 円/回(利用料と同時に一括請求)
- ・ パット代…50 円
- ・ おむつ代…150 円

(パット代・おむつ代は返却して相殺可)

(5) 利用料のお支払方法(契約書第6条参照)

前記の料金・費用は、月末締めの上1カ月ごとに計算し、毎月15日までに前月分の請求書を発送いたします。

お支払い方法は、口座自動引落、現金回収の2とおりの中からご契約の際に選べます。

① 口座自動引落による場合

ご契約者等の口座から、毎月25日に引落を行います。引落に必要な手数料は事業所で負担します。

② 現金による場合

毎月末日までに利用時お持ちください。

- ・事業所は、料金の支払いを受けたときは、ご契約者等に対し領収証を発行します。
- ・ご契約者等が事業所に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく遅延した場合には、直接回収に伺う場合があります。

6. 緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について

- ① ご契約者に容体の変化等があった場合は、医師または歯科医師など医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じるほか、緊急連絡先に速やかに連絡いたします。
- ② 風邪、病気の場合および、当日の健康チェックの結果体調が不調の場合は、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。
- ③ 非常災害時の対応については、消防計画や防災計画に基づいて適切に対応します。
- ④ 緊急連絡先
体調の変化、非常災害時、緊急の場合は事前調査にてお聞きした定める緊急連絡先に連絡します。

7. 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- ① 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ② 当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思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します。
- ③ 虐待防止のための対策を検討する委員会を年2回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ④ 事業所は虐待防止責任者を管理者と定めます。

8. 感染対策について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 介護職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

- ③ 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を1年に2回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ④ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ⑤ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的
に実施します。

9. 業務継続に向けた取り組みについて

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的
に実施します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行
います。

10. ハラスメントについて

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 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施
します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメン
ト発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、
環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

11. 契約の終了について(契約書第 15 条参照)

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。従って以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、このような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立または要支援 1、要支援 2 と判定された場合
- ③ やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 事業所の重大な毀損により、ご契約者に対する指定地域密着型通所介護の提供が不可能になった場合
- ⑤ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください)
- ⑦ 事業所から退所の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください)

(1) ご契約者からの中途解約・契約解除の申し出について(契約書第 16 条、17 条参照)

ご契約者は現にサービスを利用している期間を除き、文書で 7 日前までに通知することにより、中途解約・契約解除を申し出ることができます。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める指定地域密着型通所介護を実施しない場合
- ③ 事業所もしくはサービス従事者が第 10 条に定める守秘義務に違反した場合
- ④ 事業所もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑤ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは、傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合

(2) 事業所からの申し出による契約解除について(契約書第 18 条参照)

以下の事項に該当する場合には、事業所からの申し出により契約解除することがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、また不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3カ月以上遅延し、催告した後も30日以内に支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意または重大な過失により事業所またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約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、または入院、病気等により、3カ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ⑤ ご契約者が指定介護福祉施設等に入所した場合
- ⑥ ご契約者、ご家族から事業所またはサービス従事者もしくは他の利用者等に対してハラスメント行為を行ったと判断され、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置を講じたのちでもハラスメント行為が継続、または再発する場合
- ⑦ ハラスメント行為による結果の重大性が認められる場合

12. サービス内容に関する苦情と相談

① 当事業所

リハビリトレーニングセンター はっする

TEL 079-437-0846

② また下記の窓口で受け付けております。

播磨町 福祉保険部保険課 TEL 079-435-2582

加古川市 介護保険課 TEL 079-427-9123

明石市 高齢者総合支援室 TEL 078-918-5091

稲美町 健康福祉課 TEL 079-492-9139

兵庫県国民健康保険団体連合会介護福祉課 TEL 078-332-5618

13. 非常災害対策

- ・災害時の対応 ----- 災害緊急時マニュアルに基づき、対応いたします。
- ・消防設備 ----- 消防関係法令に基づき、消防設備を設置しています。
- ・防災責任者 ----- 管理者

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護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。

株式会社T&H

リハビリトレーニングセンター はっする

説明者 職 名

氏 名

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護の開始に同意しました。

ご契約者

代理人

重要事項説明書
(地域密着型通所介護)

リハビリトレーニングセンター
はっする