

ヒルズひだまり 重要事項説明書
愛西市第一号通所事業

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている愛西市第一号通所事業サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

目 次	
1	事業者
2	サービス提供を実施する事業所の概要
3	提供するサービス内容及び費用
4	虐待の防止
5	身体拘束
6	秘密の保持と個人情報の保護
7	緊急時の対応方法
8	事故発生時の対応方法
9	サービス提供に関する相談、苦情
10	サービスの第三者評価の実施状況

1 事業者

事業者名称	社会福祉法人 高久会（こうきゅうかい）
代表者氏名	理事長 眞野 剛士
本社所在地 連絡先	愛知県津島市寺野町字好土4番地 電話 0567-69-7999
法人設立年月日	平成9年6月

2 サービス提供を実施する事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	ヒルズ ひだまり
介護保険指定 事業所番号	愛知県指定 2372700787
事業所所在地	愛知県津島市寺野町字好土4番地
連絡先 管理者氏名	電話 0567-69-7720 管理者 眞野 孝子
事業所の通常の 事業の実施地域	愛西市
利用定員	1単位 10名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会福祉法人高久会が開設するヒルズ ひだまり（以下「事業所」という。）が行う、愛西市第1号通所事業（以下「当該事業」という。）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、機能訓練指導員及び介護職員（以下「介護職員等」という。）が、要介護状態（介護予防通所介護にあっては要支援状態）にある高齢者や基本チェックリストによる事業対象者（以下「事業対象者」という。）に対し、適正な当該事業の提供することを目的とする。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none">1. 当該事業の提供にあたっては、事業所の介護職員等は、事業対象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り、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る。2. 当該事業の提供にあたっては、事業所の介護職員等は、事業対象者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援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回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。3. 当該事業の実施に当たっては、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する。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日。ただし、12月30日から1月3日までを除く。 ※連続6日以上休業日になる場合は、営業日を調整する。
営業時間	午前8時10分から午後5時10分

(4) サービス提供時間

サービス提供日	営業日と同じ
サービス提供時間	午前9時35分から午後3時45分

(5) 事業所の職員体制

職	人員数	勤務体制
管理者	1名	常勤兼務 特養施設長と兼務
生活相談員	1名以上	
看護職員	1名以上	
介護職員	3名以上	
機能訓練指導員	1名以上	

3 提供するサービスの内容及び費用

(1) 提供するサービスの内容について

サービス種類	サービスの内容
通所型サービス個別サービス計画の作成	1 サービス内容を定めた通所型サービス個別サービス計画を作成します。 2 計画の作成にあたっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。
利用者居宅への送迎	必要に応じ、事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。
食事・おやつを提供及び介助	食事・おやつを提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。
入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
健康チェック	バイタルの確認、体調・健康状態の観察を行います。
排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
更衣介助	介助が必要な利用者に対して、更衣の介助を行います。
移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
服薬介助	介助が必要な利用者に対して、持参された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
プールを活用した運動・訓練	利用者の能力に応じて、プールを活用した運動・機能訓練を行います。
レクリエーション	個別・集団で行うレクリエーション、創作活動、歌唱、体操などを通じて楽しみ、他者との交流機会を提供します。

(2) 当該事業介護従業者の禁止行為

当該事業従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ 利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- ⑥ その他通所サービスと関係のない行為、個人的なおつきあい等

(3) 提供するサービスの利用料

総合事業 通所介護相当サービス 月額利用料 1 単位 10.27

該当	区分	項目	基本単位	利用料	利用者負担額		
					1 割負担	2 割負担	3 割負担
	要支援1、 事業対象者（週1 回程度）	通所型独自 サービス11	1,798	18,465	1,847	3,693	5,540
		通所型独自 サービス提供 体制加算Ⅲ-1	24	246	25	50	74
	要支援 2（週1回 程度）	通所型独自 サービス312	1,798	18,465	1,847	3,693	5,540
		通所型独自 サービス提供 体制加算Ⅲ-32	24	246	25	50	74
	要支援 2（週2回 程度）	通所型独自 サービス12	3,621	37,187	3,719	7,438	11,157
		通所型独自 サービス提供 体制加算Ⅲ-2	48	492	50	99	148
	共通	介護職員処遇 改善加算（Ⅱ）	所定単位 数の 90/1000	左記の単 位数×地 域区分	左記の1 割	左記の2 割	左記の3 割

総合事業 通所緩和型サービス 月額利用料 1 単位 10.27

該当	利用	項目	基本単位	利用料	利用者負担額		
	回数				1 割負担	2 割負担	3 割負担
	要支援1、 事業対象者（週1 回程度）	通所型独自 サービス／211	1,438	14,768	1,477	2,954	4,431
	要支援 2（週1回 程度）	通所型独自 サービス／412	1,438	14,768	1,477	2,954	4,431
	要支援 2（週2回 程度）	通所型独自 サービス／212	2,897	29,752	2,976	5,951	8,926
	共通	介護職員処遇 改善加算（Ⅱ）	所定単位 数の 90/1000	左記の単 位数×地 域区分	左記の1 割	左記の2 割	左記の3 割

※ 地域区分別の単価（6 級地 10.27 円）を含んでいます。

※ 日常生活支援総合事業については、月額定額報酬のため月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了（病院に入院した場合も同様の取扱い）であっても、原則として上記月額利用料の金額となります。

但し、月途中に①要介護から要支援・事業対象者に変更となった場合、②要支援・事業対象

者から要介護に変更となった場合、③同一保険者内での転居等により事業所を変更した場合については、日割り計算となります。また、月途中で要介護区分が変更となった場合についても、日割計算により、それぞれの単価を算定することになります。

※ 上記料金は、愛西市が定める金額であり、これが改定された場合は、これらの料金も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

(4) その他の費用

① 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域を越えている場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、100円/1km 毎	
② キャンセル料	サービス利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。	
	キャンセルの連絡時間	キャンセル料
	利用予定日の前日 午後5時10分まで	不要
	利用予定日の当日	食事・おやつ代金のみ
③ 食事・おやつ代	715円（1食あたり）	
④ おむつ代	尿パット	20円/1枚
	紙オムツ M・Lサイズ	80円/1枚
	リハビリパンツ M・Lサイズ	
ご希望により提供した場合のみです。		
⑤ 日用品代	実費 歯ブラシ、カップ、タオル、バスタオルなど、ご希望により提供した場合にかかる費用です。	
⑥ レクリエーション、イベント等に要する費用	実費 利用者の希望により参加した場合のイベント、レクリエーション等における材料費等にかかる費用です。	
⑦ 記録複写代	10円/1枚あたり（白黒） 利用者が事業者に対してサービス提供記録の複写物の交付を請求する場合の料金です。	

(5) 利用料の請求及び支払い方法

① 請求方法等	ア 利用料の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてにお届け（手渡し・郵送）します。
---------	---

② 支払い方法等	<p>ア 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>① 事業者指定口座への振り込み（振込手数料がかかります）</p> <p>② 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがありますので保管ください。）</p>
----------	---

※ 利用料の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3月以上遅延し、さらに支払いの督促から30日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

4 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	相談員 溝田 洋子
-------------	-----------

(2) 虐待防止のための対策を検討する会議を定期的にもち、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、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。

5 身体拘束

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その際は、利用者、ご家族様等に対して説明し同意を得た上で行います。

(1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。

(2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

(3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

6 秘密の保持と個人情報の保護

当事業所は、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する情報を、契約中及び契約終了後も第三者に漏らすことはありません。但し、文書により利用者又はその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等の介護サービスの円滑な提供に必要な最小限度の情報を、市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等に提供することがあります。また、

緊急時、災害時には生命、身体の保護のため、医療機関への情報提供、行政へ利用者の安否情報等を提供させていただきます。

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者が予め指定する連絡先に連絡するとともに、必要に応じて主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

緊急の際の連絡先を別紙『ヒルズ ひだまり 利用者連絡先』用紙にてお知らせください。

また、変更がある場合は、速やかに事業所へお知らせいただきますようお願いいたします。

8 事故発生時の対応方法

サービス提供に際して、利用者のけがや体調の急変があった場合には、ご利用様の家族、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター、必要に応じて医師、市町村への連絡、その他適切な措置を迅速に行います。

サービス提供にあたって利用者の生命、身体、財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意、又は過失によらないときは、この限りではありません。

損害賠償義務の履行を確保するため、当事業所は損害賠償保険に加入しています。

9 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 当事業所における相談、苦情の受付窓口及び担当者

【事業者の窓口】 ヒルズ ひだまり	電話番号 0567-69-7720 受付時間 月～金曜 10:00～17:00 担当者 相談員 溝田 洋子
-----------------------------	---

(2) 行政機関その他苦情受付機関

市町村等窓口	連絡先・受付時間
【愛西市に住所がある利用者】 愛西市役所 高齢福祉課介護保険係	電話番号 0567-26-8111 受付時間 8:30～17:15(土日祝は休み)

10 サービスの第三者評価の実施状況

当事業所では、まだ実施しておりません。

説明年月日 年 月 日

重要事項説明書に記載された内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	〒496-0003 愛知県津島市寺野町字好土44番地
	法人名	社会福祉法人高久会
	代表者名	管理者 眞野 孝子
	事業所名	ヒルズ ひだまり
	説明者氏名	相談員 溝田 洋子

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	
	関係	