

契約書別紙 地域密着型通所介護重要事項説明書

1 事業所（法人）の概要

法人の名称	有限会社 桜園
事務所の所在地	和歌山市紀三井寺 437-1
代表者	取締役 岡崎 正美
設立年月日	平成 1 1 年 1 0 月 1 2 日
電話番号	0 7 3 - 4 4 1 - 6 4 6

2 地域密着型通所介護の概要

名称	桜園
所在地	和歌山市紀三井寺 4 3 7 番地 1
指定事業所番号	3 0 7 0 1 0 0 5 5 1
通常の事業の実施地域	和歌山市
利用定員	1 3 名

職員体制（必要な人数）

	業務内容	必要な人数
管理者	事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う	1 名
生活指導員	指定通所介護の利用の申し込みにかかる調整、利用者の生活相談、レクリエーション等を通じての機能訓練等に従事する	1 名
機能訓練指導員	心身機能の減退を防止するための訓練を行う	1 名
看護師・准看護師	利用者の健康管理や生活相談等に従事する	1 名
介護職	利用者の介護に従事する	1 名
その他	同上	名

事業所の設備

食堂兼機能訓練室	1 室 4 0 m ²	静養室	1 室
台所 洗面室 風呂 脱衣所		相談室	1 室
トイレ	2 か所	送迎車	3 台

営業時間

月・火・水・金・土	午前 8 時半～ 1 7 時半
-----------	-----------------

* 祝日は営業しております 年末年始 12/29～1/3 お休み

3 提供するサービス内容

送迎、入浴、排せつ、食事などの介護 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・レクリエーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持・向上を図るサービスです。

4 料金

利用料金

基本額（7 時間以上 8 間未満）（9 時 30 分～16 時 30 分）

	1 日当たりの利用料	介護保険適用時の自己負担分
介護 1	¥ 7 7 3 3	介護負担割合証の負担割合の額
介護 2	¥ 9 1 4 0	
介護 3	¥ 1 0 5 9 8	
介護 4	¥ 1 2 0 3 6	
介護 5	¥ 1 3 4 7 4	

入浴加算 4 0 単位 サービス提供体制加算Ⅰ 2 2 単位 科学的介護推進体制加算 4 0 /月単位
処遇改善加算Ⅰ 総単位の 9.2%

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は、超えた額の全額をご負担いただきます。

介護保険外

送迎代	実施地域以外片道 1 kmごとに 4 0 円加算
食事代	昼食 6 5 0 円 おやつ 1 0 0 円
時間延長	1 時間 1 0 0 0 円
その他	オムツ類・整容品・レクリエーションにかかる費用・行事にかかる費用などは別途必要

キャンセル料

お客様の都合でサービスの利用を中止する場合、下記のキャンセル料が必要です

場合	料金
利用日の前営業日午後 5 時半までに連絡があった場合	無料
利用日の当日午前 8 時 3 0 分までに連絡があった場合	利用者負担金の 5 0 %の額
利用日の当日午前 8 時 3 0 分までに連絡がなかった場合	利用者負担金の全額

* 当事業所の休日にご注意下さい

* 但し食事に関しては、利用日前日までとしその後の場合は全額請求致します

利用料金の支払い方法

毎月１０日までに前月分の請求をいたしますので、毎月１５日までにお支払い下さい
お支払い後、領収書を発行いたします
お支払方法は 紀陽銀行・郵便局・きのくに信用金庫からの引落とし もしくは集金となります。

5 当事業所の地域密着型通所介護サービスの特徴性

運営方針

- * 要介護者の心身の特性を踏まえ、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、施設において食事の提供、機能訓練等を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持に並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の解消を図る
- * 事業の実施に当たっては、関係市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスに努めるものとする

6 緊急時の対応

主治医	主治医氏名	連絡先
緊急連絡先	氏名	連絡先 続柄
	氏名	連絡先 続柄

サービス利用中に利用者の体調や容体の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

7 サービス内容に関する相談・苦情窓口

当事業所ご利用者相談・苦情

電話番号 073-441-6426
受付時間 平日 午前９時～午後５時

その他

当事業所以外に、各市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

国保連合会 073-427-4662
受付時間 午前９時～午後５時（土曜・日曜・祝祭日は除く）
和歌山県運営適正化委員会 073-435-5527
受付時間 午前９時～午後５時３０分（土曜・日曜・祝祭日は除く）
和歌山市介護保険課 073-435-1190
受付時間 午前８時３０分～午後５時１５分（土曜・日曜・祝祭日は除く）

8 事故に対する方針

利用者に事故が生じた場合には、速やかに市町村、利用者の家族、支援事業者などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9 非常災害対策

消防計画及び風水害、土砂災害、地震災害等に対する災害マニュアルを作成するとともに、防火管理者又は、火気・消防などについての責任者及び災害対策推進員を定め、消火・通知・非避難訓練を年2回以上定期的に行っています。

10 虐待防止のための措置に関する事項

虐待の発生又はその再発を防止するために、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 サービス提供中に、当該事業所の従業員や利用者の家族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、市町村に通報するものとする。

11 身体拘束の禁止

事業所は原則として利用者に対して身体拘束等を行いません。但し、自傷他害等のおそれがある場合など 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、利用者・養護人に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録します。

身体拘束等の適正化を図るため次に掲げる措置を講じます

- (1) 身体拘束等の適正化の為の対策を検討する委員会を定期的に開催するとともにその結果について従業員に周知徹底を図ること。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- (3) 従業員に対し身体拘束等の適正化の為の研修を定期的に実施する。

12 職場におけるハラスメントの防止

事業所は適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化の必要な措置を講ずる。

13 業務継続計画の策定等

事業所は感染症非常災害の発生において、利用者に対するサービス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」という）を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 事業者は従業員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行います。
- (2) 事業所は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。

14 感染症の予防及びまん延の防止の為の措置

事業所は感染症又は食中毒が発生し又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講ずるように努めます。

- (1) 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止の為に対策を検討する委員会を定期的に開催するとともにその結果について従業員に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の為の指針を整備する。
- (3) 事業所において従業員に対し感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止の為の研修並びに訓練を定期的を実施する。

15 その他の重要事項

- * サービス提供記録などの書類を 利用者及びその家族から閲覧希望がある場合その要望に応じ開示します。

サービス提供記録は、サービスを提供した日から5年間保存します。

- * 事業所は地域との連携や運営の透明性を確保するために次のとおり設ける。

運営推進会議の設置

運営推進会議では、概ね6カ月に1回以上、利用者、利用者の家族 地域住民の代表、市職員・地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される会議の中で、事業の活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。

事業所運営に当たっての地域との交流

- * 職員の資質向上を図るための研修機会を次のとおり設けています。

- ①採用時研修 採用後6か月以内
- ②継続研修 年2回以上

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、本書面に基づき上記の重要事項を説明しました。

事業所	所在地	〒 641-0012
		和歌山市紀三井寺 4 3 7 番地 1
	名称	有限会社 桜園
		指定地域密着型通所介護 桜園
	代表者・氏名	取締役 岡崎 正美
	指定事業所番号	3 0 7 0 1 0 0 5 5 1
	説明者氏名	

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、サービス提供開始に同意します。

利用者 住所 〒

氏名

利用者代表者 住所 〒

続柄

氏名