

ケアステーションピース佐野  
指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

様

あなたに対するケアステーションピース佐野が行う通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業（以下「事業」という。）を提供するにあたって、次のとおり説明します。この内容は、重要ですから、十分ご理解いただけるようお願いいたします。

1 施設の概要

（１）事業者の概要

①事業者の概要

医療法人社団三思医光会

②主たる事務所の所在地

群馬県みどり市笠懸町阿佐美 1 1 5 5

③代表者

駒井 太一

（２）施設の名称等

|            |                                                                                                 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①施設名称      | ケアステーションピース佐野                                                                                   |
| ②開設年月日     | 平成 1 7 年 4 月 1 日                                                                                |
| ③施設の所在地    | 高崎市下佐野町 7 5 2 - 1                                                                               |
| ④介護保険事業所番号 | 1 0 7 0 2 0 1 8 8 2                                                                             |
| ⑤電話番号等     | 0 2 7 - 3 2 0 - 2 3 8 8                                                                         |
| ⑥管理者       | 新井 一夫                                                                                           |
| ⑦建物        | 鉄骨一部 2 階造                                                                                       |
| ⑧主な設備      | デイルーム            1 2 3 ,   7 4 m <sup>2</sup><br>通所浴室                3 0 ,   0 5 m <sup>2</sup> |
| ⑨利用定員      | 通所 2 0 名                                                                                        |

2 施設・事業の目的及び運営の方針

①目的

事業所は、事業を利用とする要介護者または事業対象者（以下「利用者」という。）が居宅におい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に、通所介護計画等に基づいて、機能訓練、その他必要な日常生活上の支援を行うことにより利用者の心身機能の維持、及び要介護者等の家族の身体的及び精神的負担を軽減することを目的とします。

②運営の方針

- 1 ) ケアステーションピース佐野は、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場にたって事業を提供します。
- 2 ) ケアステーションピース佐野は、明るく家庭的な雰囲気を有するよう努めるとともに、

特に地域及びご家庭との結びつきを重視し、積極的に地域との交流に努めるものとします。

3) ケアステーションピース佐野は、利用者が良質で総合的なサービスの提供を受ける事ができるよう、市町村、他の介護保険施設、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者その他の保険・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図ります。

4) ケアステーションピース佐野の従業者は、施設サービス等の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者及びその家族に対し、生活上必要な事項について、理解しやすいように指導、又は説明をします。

### 3 職員体制

#### ① 管理者 1名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うものとする。

|       |         |      |
|-------|---------|------|
| ② 従業者 | 生活相談員   | 2名以上 |
|       | 介護職員    | 2名以上 |
|       | 看護職員    | 1名以上 |
|       | 機能訓練指導員 | 1名以上 |

### 4 事業の営業日及び営業時間等

|          |                  |                   |
|----------|------------------|-------------------|
| 営業日      | 月曜日～土曜日          | 祝祭日も営業（日曜、元日のみ休業） |
| 営業時間     | 午前8時30分から午後5時30分 |                   |
| サービス提供時間 | 午前8時30分から午後4時30分 |                   |

### 5 施設サービス等の内容

#### ① 通所介護サービス計画書の立案

#### ② 食事（食事は原則として食堂で召し上がっていただきます。）

昼食 12時～

#### ③入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には機械浴槽で対応します。利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）

#### ④介護・看護

#### ⑤機能訓練

#### ⑥レクリエーション

#### ⑦送迎

#### ⑧相談援助

#### ⑨基本時間外施設利用サービス（何らかの事情により、家族等の迎えが居宅介護サービス計画で定められた利用時間の終了に間に合わない場合等に適用）

#### ⑩理容サービス

#### ⑪その他

\*これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂くものもありますので、具体的にご相談下さい。

## 6 利用料等の額

### ①介護保険自己負担分基本利用料

#### 3時間以上4時間未満

|      |       | 1割負担 | 2割負担   | 3割負担   |
|------|-------|------|--------|--------|
| 要介護1 | 370単位 | 380円 | 760円   | 1,140円 |
| 要介護2 | 423単位 | 435円 | 869円   | 1,304円 |
| 要介護3 | 479単位 | 492円 | 984円   | 1,476円 |
| 要介護4 | 533単位 | 548円 | 1,095円 | 1,642円 |
| 要介護5 | 588単位 | 604円 | 1,208円 | 1,812円 |

#### 4時間以上5時間未満

|      |       | 1割負担 | 2割負担   | 3割負担   |
|------|-------|------|--------|--------|
| 要介護1 | 388単位 | 399円 | 797円   | 1,196円 |
| 要介護2 | 444単位 | 456円 | 912円   | 1,368円 |
| 要介護3 | 502単位 | 516円 | 1,031円 | 1,547円 |
| 要介護4 | 560単位 | 576円 | 1,151円 | 1,726円 |
| 要介護5 | 617単位 | 634円 | 1,268円 | 1,901円 |

#### 5時間以上6時間未満

|      |       | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
|------|-------|--------|--------|--------|
| 要介護1 | 570単位 | 586円   | 1,171円 | 1,756円 |
| 要介護2 | 673単位 | 692円   | 1,383円 | 2,074円 |
| 要介護3 | 777単位 | 798円   | 1,596円 | 2,394円 |
| 要介護4 | 880単位 | 904円   | 1,808円 | 2,712円 |
| 要介護5 | 984単位 | 1,011円 | 2,021円 | 3,032円 |

#### 6時間以上7時間未満

|      |        | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
|------|--------|--------|--------|--------|
| 要介護1 | 584単位  | 600円   | 1,200円 | 1,800円 |
| 要介護2 | 689単位  | 708円   | 1,416円 | 2,123円 |
| 要介護3 | 796単位  | 818円   | 1,635円 | 2,453円 |
| 要介護4 | 901単位  | 926円   | 1,851円 | 2,776円 |
| 要介護5 | 1008単位 | 1,036円 | 2,071円 | 3,106円 |

#### 7時間以上8時間未満

|      |        | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
|------|--------|--------|--------|--------|
| 要介護1 | 658単位  | 676円   | 1,352円 | 2,028円 |
| 要介護2 | 777単位  | 798円   | 1,596円 | 2,394円 |
| 要介護3 | 900単位  | 925円   | 1,849円 | 2,773円 |
| 要介護4 | 1023単位 | 1,051円 | 2,102円 | 3,152円 |
| 要介護5 | 1148単位 | 1,179円 | 2,358円 | 3,537円 |

②介護保険自己負担分加算料

| 加 算             |                         |
|-----------------|-------------------------|
| 入浴介助加算（Ⅰ）       | 40単位/回 41円              |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ    | 56単位/回 58円              |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22単位/日 23円              |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）   | 1月あたりの所定単位数の92／1000を乗じる |

③事業対象者、介護保険自己負担分基本利用料

| 介護予防・日常生活支援総合事業 |                          |                    |  |
|-----------------|--------------------------|--------------------|--|
| 通所型<br>サービス11   | 1,798単位/月<br>日割り 59単位/日  | 1,847円/月<br>61円/日  |  |
| 通所型<br>サービス12   | 3,621単位/月<br>日割り 119単位/日 | 3,719円/月<br>123円/日 |  |

④事業対象者、介護保険自己負担分加算料

| 加 算                |                         |
|--------------------|-------------------------|
| 通所型サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 88単位 90円                |
| 通所型サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 176単位 181円              |
| 通所型サービス処遇改善加算（Ⅰ）   | 1月あたりの所定単位数の92／1000を乗じる |

高崎市は、6級地のため1単位=10.27円での計算となります。

あくまでも目安としての金額表示となります。（小数点以下切捨て）

※上記金額は介護保険負担割合1割分の表記となっています。各利用者様の負担割合に応じた自己負担分となります。

## ⑤その他の料金

| 種 別    | 利 用 料    |
|--------|----------|
| 食費（昼食） | 690円     |
| おやつ    | 100円     |
| 紙パンツ   | 200円／枚   |
| 尿取りパット | 60円／枚    |
| 理美容代   | 1,000円／回 |
| 教養娯楽費  | 必要時      |

課税対象の利用料につきましては消費税込みの表記となります。

## 7 施設利用に当たっての留意事項

- ①食事 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設が提供する食事を召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事やお菓子の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ②面会 面会時間は、営業時間内で面会できます。
- ③喫煙 施設内での喫煙は禁止です。屋外の指定された場所で喫煙してください。
- ④火気の取扱い 喫煙する為の煙草やライター等の火気類は当施設の従業員が管理いたします。また、火気等の危険物は、施設内に持ち込まないようお願いします。
- ⑤設備、備品 当施設の設備や備品を使用する際は破損、紛失等に注意してください。
- ⑥金銭、貴重品 原則としてお持ちにならないようお願いします。お持ちになった場合は申し出て頂き、事務室内の金庫にて保管させていただきます。また、盗難や紛失等に際しては当施設において、責任を負いかねます。
- ⑦施設サービス利用中の受診  
介護保険制度において当該施設での、受診送迎、受診介助は認められていません。必要時をご家族様等で対応をお願いいたします。但し、緊急時等、やむを得ない理由がある場合等はこの限りではありません。

## 8 事故発生時及び緊急時の対応

- ①サービス提供により事故が発生した場合、当施設は利用者に対し必要な措置を講じます。②利用者等の状態又は状況により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関等での診察を依頼します。
- ③施設サービス等の利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者等が指定する者に対し、緊急に連絡します。

### ◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

## 9 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関や診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・やまなクリニック      高崎市山名町283-1

## 1 0 守秘義務

- ①従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- ②施設は、従業者である者と、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨の秘密保持契約を行います。

## 1 1 虐待防止のための措置

当施設は、虐待発生またはその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ②虐待防止のための指針を整備します。
- ③従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。

## 1 2 身体の拘束等

- ①当施設は原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- ②利用者が自傷他害の恐れがある緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、次の手順により行います。
  - 1) 管理者は、あらかじめ、利用者等にやむを得ず身体拘束をする利用者の心身の状況並びに拘束の態様及びその時間等、緊急やむを得ない理由等を説明し、その同意を得るものとします。あらかじめ同意を得ることができなかつたときは、身体拘束後直ちに同意を得ます。
  - 2) 当施設の従業者が、当施設の管理者の指示に基づき利用者の身体拘束をしたときは、サービスの提供内容に係る記録に利用者の心身の状況、身体拘束の態様及びその時間その他特記事項を記載するものとします。

## 1 3 非常災害対策

- ・防災設備      スプリンクラー、消火器、消火栓、自動通報装置等
- ・防災訓練      年2回      その他、普通救命訓練、呼集訓練等適宜実施

## 1 4 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して利用していただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

## 1 5 提供するサービスの第三者評価実施状況について

|             |    |
|-------------|----|
| 実施の有無       | 無し |
| 実施した直近の年月日  |    |
| 実施した評価機関の名称 |    |
| 評価結果の開示状況   |    |

## 1 6 要望及び苦情等の相談

当施設には生活相談の専門員として生活相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。

(電話 027-320-2388)

要望や苦情などは、苦情・要望受付担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、所定の場所に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

### ◇高崎市の介護保険担当課

電話番号 027-321-1111

FAX番号 027-327-6470

### ◇群馬県国民健康保険団体連合会苦情処理相談窓口

電話番号 027-290-1323

FAX番号 027-255-5077

上記重要事項について説明をいたしました。

令和 年 月 日

＜事業者＞住 所 高崎市 下佐野町 752-1

名 称 ケアステーションピース佐野 デイサービス

説明者 \_\_\_\_\_

上記について説明を受け、了承し交付を受けました。

令和 年 月 日

＜利用者又は、その家族＞

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)