

1. 施設経営法人の概要

| | | |
|---|---------|-----------------|
| 1 | 法人名 | 社会福祉法人つちや社会福祉会 |
| 2 | 法人所在地 | 神奈川県平塚市土屋2196-1 |
| 3 | 電話番号 | 0463-58-6677 |
| 4 | 代表者職・氏名 | 理事長 水島 圭一 |
| 5 | 設立年月日 | 昭和49年4月25日 |

2. ご利用施設の概要

| | | |
|---|-----------|--|
| 1 | 施設の種類 | 指定介護予防通所介護事業所・平成18年4月1日指定 神奈川県・第1472000072号 |
| 2 | 事業所の名称 | ローズヒルケアセンター |
| 3 | 事業所の所在地 | 神奈川県平塚市土屋2198-7 |
| 4 | 電話番号 | 0463-58-6872 |
| 5 | 管理者氏名 | 小永井 謙 |
| 6 | 当事業所の運営方針 | 運営規程 第3条 |
| 7 | 開設年月 | 平成12年4月1日 |
| 8 | 利用定員 | 29人（指定通所介護と合わせた定員） |
| 9 | 営業日 | 月・火・水・木・金曜日 |
| | 休日 | 土・日曜日・12/30～1/3 |
| | 営業時間 | 8：30～17：30 |
| | サービス提供時間 | 9：20～16：20 |

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防・日常生活支援事業における第1号通所事業サービス（現行の通所介護相当サービス）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。

<主な職員の配置状況> 年 月 日現在

| | 職 種 | 配置人員 | 指定基準 |
|---|------------------|--------|------|
| 1 | 管理者 | 1 名 | 1 名 |
| 2 | 生活相談員 | 1名（兼務） | 1 名 |
| 3 | 介護職員 | ()名 | 5 名 |
| 4 | 看護職員 | ()名 | 1 名 |
| 5 | 機能訓練指導員（看護職員が兼務） | ()名 | 1 名 |

※（ ）内非常勤職員数

※指定通所介護サービスとの兼務となります。

4. 当事業所が提供するサービス内容と主な設備、ご利用料金

当事業所が提供するサービスには、①利用料金が介護保険から給付されるものと、②利用料金を全額ご利用者に負担いただくものの2種類があります。

○介護保険から給付されるサービスの内容

以下のサービスについては、介護保険法および厚生労働省令により、介護保険負担額割合に応じて利用料金の一部が介護保険から給付されます。各種減免措置等に該当される方は、制度に従ってご利用料金を減免いたします。

| | |
|--------|---|
| 入浴 | 入浴形態：①一般浴、②中間浴、③特浴の3種類から、ご利用者の状態に応じた入浴形態で入浴サービスを提供いたします。 |
| 排泄 | 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員により、ご利用者の身体の状態に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、または、その減退を防止するための訓練を実施します。 |
| 送迎サービス | ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。 |
| 相談及び援助 | ご利用者やご家族等からの介護や日常生活上のご相談について、誠意を持って対応させていただき、可能な限りに援助を行うよう努めます。 |

※ 介護保険法により、ご利用者が介護給付を受けられない場合は、以上のサービスは償還払い（一旦、ご利用者が利用料金の全額を支払い、その後、保険者から介護保険負担額割合に応じた分の払い戻しを受ける方法）となります。

○利用料金を全額ご利用者に負担いただくサービスの内容（介護保険外負担）

| サービス | 内容 |
|------------------------------|---|
| 食費（昼食・おやつ） | ご利用者に提供する食事にかかる費用です。 |
| 特別な食事（行事食） | 当事業所にて開催する敬老祝賀や年中行事等の際、特別な食事を提供します。 |
| 日常生活上必要となる消耗品の提供（紙オムツ、衛生材料等） | 日常生活上、常時使用している紙オムツ類や衛生材料等は、原則としてご利用者に持参していただきます。やむを得ず不足した場合は、当事業所から提供することができます。 |
| サービス時間延長 | ご利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを受けることができます。この場合、17時以降は所定の延長料金をご負担いただきます。 |
| 通常実施区域外への送迎 | 平塚市外に居住するご利用者に対しても移送サービスを提供いたします。この場合、別途料金がかかります。 |
| レクリエーション・クラブ活動等 | レクリエーションの一環として、作品作りなどを催行します。ご希望により参加していただくことができます。 |
| コピーの交付 | 利用者のご希望により、サービス提供に関する記録のコピーを交付いたします。 |
| 写真のプリント | 行事等におけるご利用者の写真をプリントして提供させていただきます。 |

主な設備

| | |
|-------------|---|
| 入浴設備 | ① 一般浴槽 ② 中間浴槽 (チェアイン・バス) ③ 特殊浴槽 (シャワーベッド) |
| 送迎車 | 7台 (リフト車含む) |
| デイサービスフロア面積 | 123.39㎡ |
| 休養室 | 1カ所 |
| トイレ | 男性用1カ所、女性用1カ所、車いす専用1カ所 |

ご利用料金

(介護予防・日常生活支援事業における第1通所事業 (現行の通所介護相当サービス))

(単位:円)

| | サービス内容 | 基本額 (全額 自己負担の場合) | ご利用者負担額 (介護保険適用時) | | | |
|------------------|----------------------|------------------------|----------------------|-------|-------|--------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| 介護保険サービス | 基本料金 : 事業対象者・要支援1 | 1回あたり | 4,012 | 402 | 803 | 1,204 |
| | | 1ヶ月あたり (5回以上) | 17,472 | 1,748 | 3,495 | 5,242 |
| | 基本料金 : 事業対象者・要支援2 | 1回あたり | 4,127 | 413 | 826 | 1,239 |
| | | 1ヶ月あたり (9回以上) | 35,822 | 3,583 | 7,165 | 10,747 |
| | 口腔機能向上加算(I) | 1ヶ月あたり | 1,567 | 157 | 314 | 471 |
| | 介護職員処遇改善加算(I) | 1ヶ月あたり | 所定単位数 × 5.9% | | | |
| | 介護職員特定処遇改善加算(II) | 1ヶ月あたり | 所定単位数 × 1.0% | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1ヶ月あたり | 所定単位数 × 1.1% | | | | |

※上記料金は R6.3 までのものとなります。

| | 内容 | | ご利用者負担額 |
|-----------|--------------------|--------|-----------|
| | | | |
| 介護保険外サービス | 食費 | (昼食代) | 1回あたり 797 |
| | | (おやつ代) | 1回あたり 82 |
| | 特別な食費(行事食) | 1回あたり | 実費 |
| | 紙オムツ類、衛生材料等の費用 | 1ヶ月あたり | 実費 |
| | サービス時間延長料金 (17時以降) | 30分あたり | 500 |
| | 通常実施区域外への送迎 | 1kmあたり | 50 |
| | レクリエーション、クラブ活動等の費用 | 1回あたり | 実費 |
| | コピーの交付料金 | 1枚あたり | 10 |
| | 写真代(プリント注文された場合) | 1枚あたり | 30 |

(単位:円)

- ※加算料金については、実施された場合のみ対象となります。
- ※介護保険外サービスについては、ご利用された項目が対象となります。
- ※介護報酬改訂により、料金に変更になることがあります。
- ※経済状況の変化やその他やむを得ない事情により、料金を変更することがあります。
- ※通常実地区域外への送迎については、ご自宅から実施地域間が対象となります。

1回あたりの基本額： 円 + 食費 (879円) = 円

※処遇改善加算・特定処遇改善加算・ベースアップ等支援加算を除く合計値となります。

5. ご利用料金のお支払方法

前項記載のご利用料金は、1カ月ごとに計算し、ご請求させていただきます。翌月 27 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ①金融機関口座からの自動引き落とし
 ※別途「ケーシーエス介護利用料口座振替サービス」の申込みが必要です。
- ②事業所窓口での現金支払い

6. ご利用中の緊急時対応方法・協力医療機関

サービスご利用中に容体の変化があった場合は、ご自宅に連絡をさせていただきます。原則として、その後はご家族等にて対応していただきます。

緊急やむを得ない場合、また当事業所看護職員にて判断ができない場合、主治医又は救急病院、救急隊、ご家族等、居宅介護支援事業者、又はローズヒルケアセンター協力医療機関に連絡の上、移送し診療を受けられるよう調整させていただきます。

(但し、ローズヒルケアセンターの協力医療機関においては優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

<協力医療機関>

| | |
|---------|---|
| 医療機関の名称 | 社会福祉法人 恩賜財団 済生会湘南平塚病院 |
| 所在地・電話 | 平塚市宮松町 1 8 - 1 (電話 0463-71-6161) |
| 診療科 | 内科 |

7. ご利用のキャンセル

ご利用者の都合により、サービスの利用をキャンセルする場合には、下記のキャンセル料をお支払いただきます。但し、ご利用者の体調不良など正当な事由がある場合は、この限りではありません。

| 利用予定日の前々日まで | 無 料 | |
|-------------|------------------|----------------|
| 利用予定日の前日まで | 昼食+おやつ (440円) | 昼食のみ (399円) |
| 利用日の当日 | 昼食+おやつ (879円) | 昼食のみ (797円) |

8. ご利用の中止（契約の終了について）

| |
|--|
| <p>① <u>ご利用者の都合によりサービスを終了する場合。</u> サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。</p> |
| <p>② <u>自動終了する場合。</u> (以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ご利用者が介護保険施設に入所した場合 2) ご利用者の要介護認定区分が、要介護又は非該当（自立）と認定された場合 3) ご利用者がお亡くなりになった場合 4) 2カ月以上ご利用がない場合 |
| <p>③ <u>当事業所の都合にてサービスを終了する場合。</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 人員不足等やむを得ない事情により、当事業所の都合でサービスを終了することになった場合 2) 災害等で当事業所が重大な損害を被り、施設が使用できなくなった場合 3) 当事業所が指定取消を受けた場合や、破産又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合 5) 利用者がサービスの利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、7日以上支払わない場合 6) ご利用者が故意又は過失により、他のご利用者又は当事業所のサービス従事者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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 7) ご利用者が、契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要な事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事態を生じさせた場合 |
| <p>④ <u>その他</u> (以下の場合、ご利用者は契約を解除することができます)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合 2) 当事業所が守秘義務に違反した場合 3) 当事業所が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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 |

9. ハラスメントへの対応

当施設は、厚生労働省が作成した「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」に基づき、職員に対する下記のハラスメント行為を固くお断りします。

| | |
|-------------|--|
| 身体的暴力 | ・身体的な力を使って危害を及ぼす行為。 (例)物をなげつける。たたく。唾を吐く。等 |
| 精神的暴力 | ・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。 (例)怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。等 |
| セクシャルハラスメント | ・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為。 (例)必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。等 |
| カスタマーハラスメント | ・悪質なクレームや不当な要求等。 (例)暴言を吐く。脅迫を受ける。長時間の拘束。等 |

※ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

※施設の快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします。

10. 非常災害対策

災害時の対応として、第一に利用者の安全の確保を行います。その後、可能な限り速やかにご家族への連絡を行います。このために当施設は、消火設備、非常放送設備、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して具体的な自衛消防訓練計画（避難・消火・通報）を立て、職員及びご利用者様が参加する訓練を年2回実施いたします。

また、業務継続計画（BCP）自然災害、感染症を作成し、計画に則り研修、訓練を行います。

11. 事故発生時の対応

事業者は、ご利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、事故の状況及び事故に際してとった処理について記録します。事業者内で起きた事故などに関して、事故発生を防止するための安全対策を講じるとともに、身元引受人にその状況や再発防止策を説明し、必要に応じて行政に報告します。

事故防止対策委員会を設置し事故統計や事故原因を分析し、事故に関する研修を行い職員に周知し、事故防止に努めています。

12. サービス内容の評価

事業者は、福祉サービス第三者評価制度を活用し、第三者の視点から事業者の提供するサー

ビス内容を評価する審査を定期的に受審し、その評価結果を開示します。

受審評価機関名：福祉サービス第三者評価機関 しょうなん 株式会社 フィールズ

評価項目：横浜市版

評価実施期間：H17年 11月

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所のサービスに関するご相談・苦情は下記の窓口で受け賜ります。

| | |
|-----------|--|
| 連絡先 | 電話番号 0463-58-6872 FAX 番号 0463-58-6918 |
| 相談・苦情受付担当 | 生活相談員 小永井 謙 |
| 受付時間 | 8:30~17:30 |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|------------------|---|
| 平塚市 介護保険課 | 所在地 平塚市浅間町9-1 電話番号 0463-23-1111 FAX 0463-21-9742 受付時間 8:30~17:00 |
| 国民健康保険団体連合会（国保連） | 所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3400 受付時間 8:45~17:00 |

11. 守秘義務等について

介護予防・日常生活支援事業における第1号通所事業サービス（現行の通所介護相当サービス）を提供する上で知り得たご利用者又はその家族に関する秘密及び個人情報については、ご利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

あらかじめ個人情報使用同意書によりご利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で個人情報を使用させていただきます。

12. 損害賠償について

当事業所の過失によりご利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、当事業所が加入する損害保険の範囲において速やかにその損害賠償をいたします。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、この限りではなく、当事業所の損害賠償責任を免じる場合があります。

年 月 日

私は、介護予防・日常生活支援事業における第1号通所事業サービス（現行の通所介護相当サービス）の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、交付いたしました。

平塚市土屋2198-7
社会福祉法人つちや社会福祉会
指定通所介護事業所 ローズヒルケアセンター

説明者 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

（利用するご本人）

利用契約者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

（署名代行の場合）

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

従前の通所介護相当サービス

(第1号通所事業)

重要事項説明書

ローズヒルケアセンター

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(神奈川県指定事業者 No.1472000072)

当事業所はご契約者に対して従前の通所介護相当サービス（第1号通所事業）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通り説明します。