

重要事項説明書 (R6.4)

「第1号通所事業【通所型サービスA】」

1. 事業者

株式会社 JAゆうハート (本社住所) 滋賀県甲賀市水口町牛飼620-3

2. 事業の目的と基本方針

(目的)

サービスが必要と認定されたご利用者の介護予防ケアマネジメントに基づき、当事業所の従業員等による第1号通所事業【通所型サービスA】を実施します。従業員等は、サービスが必要と認定されたご利用者の特性を踏まえて、利用者の自立を支援するとともに、生活の質の向上をはかり、家族と安心して日常生活を営むことができるよう支援を行います。

(基本方針)

- 利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- 地域との結びつきを重視し、市、他の事業者その他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- 利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活機能の維持又は向上に資するサービスの提供を行います。
- 利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。
- 利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行います。

3. サービス提供事業

事業所名	JAゆうハート リハステージほそはら	
介護保険事業所番号	2591400219	
住 所	滋賀県甲賀市信楽町柞原 793	
管理者名・連絡電話番号	藤橋 孝之	TEL 0748-70-6455
サービス提供地域	信楽町	

4. 職員体制等

職 種	人 員
管理者	1名 (常勤)
従事者	2名 (常勤 名、非常勤 2名)

5. 営業日・営業時間

営業日は、月～金曜日です。

定休日は、土日祝祭日、夏季、年末年始です。

営業時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

サービス提供時間 1 3 : 3 0 ~ 1 5 : 3 0

台風その他自然災害等により、やむを得ず利用時間の変更又は中止させて頂くことがあります。

6. サービス利用基本単位および利用者負担

(1) 第1号通所事業（通所介護サービスA） 1か月につき

利用料の額は、介護保険負担割合証に記載された割合の額を負担していただきます。

通所型 サービスA	要支援1、2、事業対象者 (週1回利用)			要支援2 (週2回利用)		
	自己負担額			自己負担額		
自己負担額	(1割)	(2割)	(3割)	(1割)	(2割)	(3割)
1月あたり	1,662円	3,324円	4,985円	3,346円	6,692円	10,038円
1日あたり	55円	109円	164円	111円	222円	333円

※地域区分は6級地です。(1単位=10.27円)

(2) その他費用

喫茶費として1日あたり110円(税込)を徴収します。

複写物を交付する場合 1枚当たり11円(税込)を徴収します。

オムツ類は持参を原則としますが、貸し出した場合は同様のものをご返却または、次の金額を徴収します。

紙おむつ代(1枚あたり)	紙パンツ代(1枚あたり)	パット代(1枚あたり)
165円(税込)	110円(税込)	33円(税込)

(3) 利用者負担金等の支払

利用者負担金等は、1カ月ごとにまとめて請求しますので、翌月25日までに次のいずれかの方法によりお支払いください。

やむをえず認定前にサービスを受けた場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の全額を事業者へ支払い、利用者はその後市町村から保険給付分(9割または8割または7割)を受けとることになります。

支払方法	支払要件等
口座引き落とし①	甲賀農協(振替日:翌月20日)
口座引き落とし②	滋賀銀行、関西みらい銀行、滋賀県信用組合、湖東信用金庫、滋賀県民信用組合、滋賀県内農協、近畿労働金庫、滋賀中央信用金庫、長浜信用金庫、大垣共立銀行、京都信用金庫 (振替日:翌月23日)
銀行振り込み	甲賀農協 本所 普通口座 0087062 カブシキガイシャJAユウハート ダイヒョウトリシマリヤク イケムラ タダシ 株式会社JAゆうハート 代表取締役 池村 正

(4) 利用日の中止・変更

利用者がサービスの利用日を変更するなどの場合は、前日の18時または利用日当日の12時00分までに次の連絡先までご連絡ください。

キャンセル連絡先	TEL : 0748-70-6455
----------	--------------------

7. 苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所 相談窓口	TEL : 0748-70-6455	対応者 (管理者)
甲賀市健康福祉部長寿福祉課	TEL : 0748-69-2165	
国民健康保険団体連合会	TEL : 077-522-0655	

8. 事故等緊急時の対応

サービスの提供中に容態の急変・事故等が発生した場合は、従事者および併設する甲南デイサービスセンター看護職員の判断により主治医、救急、親族、介護予防支援専門員等へ連絡をいたします。

9. 虐待防止

人権の擁護・虐待の防止のために責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者

10. 非常災害時対策

- ・ 災害時の対応 職員の誘導により、所定の場所に避難する。
- ・ 防災訓練 年2回避難訓練実施
- ・ 防災設備 屋内・外消火器
- ・ 防火責任者 橋本千里

11. 第三者評価の実施状況

実施の有無 無

12. ご利用時にあたっての留意事項

- ・ 職員はご利用者に危険が及ばないように十分配慮致しますが、常時見守りや付添ができるものではありません。また、他のご利用者への対応などにより、安全を確保できない場合もあります。そのため、不慮の事故（歩行時の転倒・ベッドや車いすからの転落など）が起こる可能性があります。
- ・ 当事業所では原則的に身体拘束は行いません。そのため、転倒・転落などによる事故の可能性があります。
- ・ 高齢であることにより、脳や内臓の疾患などから、急変・急死される場合があります。
- ・ 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する可能性があります。
- ・ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦でも皮膚が剥げてしまう状態にあります。

- ・ 高齢者の血管はもろく、軽度の圧迫でも皮下出血がおこりやすい状態にあります。
※これらの事はご自宅でも起こり得ることですので、十分ご留意頂きますようお願い申し上げます。
- ・ 必要以上の金銭・貴重品等の持ち込みについてはご遠慮いただくとともに、金銭・貴重品等は、自己の責任において管理してください。

13. ハラスメントについて

ご利用者やご家族等から職員に対するハラスメント行為があった場合、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

(「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」に定義する、身体暴力(たたく、物を投げつける等)及び精神的暴力(大声を発する、怒鳴る等)並びにセクシャルハラスメント(手や腕をさわる、抱きしめる、あからさまに性的な話をする等))

令和 年 月 日

○本人

私は、重要事項説明書の説明を受けました。

本人 住所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏 名 _____ 印

○説明者 所属事業所 JA ゆうハート リハステージほそはら

氏 名 _____ 印