

総合事業 重要事項説明書

医療法人KOSSMOS会
剣持整形デイサービス 泉町

〒373-0845 太田市泉町1515-3

TEL・FAX 0276-33-7700

剣持整形デイサービス 泉町

重要事項説明書

総合事業

事業所の概要及び提供するサービスの内容、契約上の注意などお願いしたいことを次のとおり説明します。

目 次

1. 事業所の概要	.....
2. ご利用事業所の概要	.....
3. 事業の目的と運営の方針	.....
4. 提供するサービスの内容	.....
5. 営業日時	.....
6. 事業所の職員体制	.....
7. サービス提供の担当者	.....
8. 利用料	.....
9. 緊急時における対応方法	.....
10. 事故発生時の対応	.....
11. 苦情相談窓口	.....
12. 第三者評価の実施状況	.....
13. サービス利用にあたっての留意事項	.....
14. 非常災害対策	.....

介護予防・日常生活支援総合事業

第一号通所事業契約書別紙(兼重要事項説明書)①

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 KOSSMOS会
主たる事務所の所在地	〒373-0026 太田市東本町4-2-1
代表者（職名・氏名）	理事長 剣持 雅彦
設立年月日	平成19年 6月 5日
電話番号	0276-25-2537

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	医療法人 KOSSMOS会 剣持整形デイサービス泉町	
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒373-0845 太田市泉町1-5-3	
電話番号	0276-33-7700	
指定年月日・事業所番号	平成28年 10月17日	1090500479
実施単位・利用定員	2単位	午前10名 午後10名
通常の事業の実施地域	太田市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法、その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等との綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは、要介護状態となることの予防の為、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第一号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、排せつ等の身体介護、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を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日も含む）及びお盆、年末年始を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前の部 9時00分から12時00分
	午後の部 13時30分から16時30分

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤1人
生活相談員	常勤1人以上・（うち常勤兼務1人以上）
介護職員	常勤1人以上・（うち常勤兼務1人以上）
機能訓練指導員	常勤1人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及び管理責任者（管理者）は、下記のとおりです。

管理責任者の氏名	管理者 加藤 恵美
生活相談員の氏名	加藤 恵美 田名網 真澄

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割、3割の額です。

ただし、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、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第一号通所事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分】

利用者の 要介護度	基本単位	利用者負担 1 割	利用者負担 2 割	利用者負担 3 割
事業対象者 要支援 1	1798単位	1824円	3648円	5472円
事業対象者 要支援 2	3621単位	3672円	7344円	11016円

地域区分別の単位（7級地 1 0. 1 4）を含んでいます。

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合にはこれらの基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

※送迎につきましては上記料金に含まれております。

【加算】

以下の要件を満たす場合は、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	基本単位	利用料			
			1 割	2 割	3 割
生活機能向上 連携加算（Ⅱ）	200単位	203円	203円	406円	609円
介護職員等処遇 改善加算（Ⅲ）	1 か月の利用料金（基本単位＋各種加算減算）×10.5% 上記の 1 割又は 2 割、3 割				

地域区分別の単位（7級地 1 0. 1 4）を含んでいます。

※生活機能向上連携加算とは、リハビリテーション専門職と連携して、運動器機能向上計画の進捗状況を3か月に1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うことを目的とした加算です。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	利用者の介護度	減算額			
		基本 利用料	利用者負担		
			1割	2割	3割
利用者の数が利用定員を超える場合又は、看護・介護職員の員数が満たない場合	事業対象者 要支援 1	59単位/日	60円	120円	180円
	事業対象者 要支援 2	119単位 /日	121円	242円	363円
通所介護サービスを利用する際に、送迎を行わなかった場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	片道 －47単位 /日	48円	96円	141円

(2) その他の費用

食事	令和5年4月1日より昼食提供廃止
おむつ代	おむつ等必要な場合は持参していただきますが、事業所の物を使用した場合には実費をご負担いただきます。 ・おむつ：100円/枚・パット：50円/枚 ・リハビリパンツ：150円/枚
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの (利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の周り品など) について実費をご負担いただきます。

(3) 支払い方法

①利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求方法等。

ア 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額は、サービス提供ごとに計算し、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10日までに利用者あてにお渡しします。

②利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の支払い方法。

ア 利用料金の支払い方法は、原則として口座引き落としになります。

当月分の利用料金は翌月27日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に引き落としになります。

イ 上記アのお支払い方法が困難な場合は、現金でのお支払いも考慮します。

その場合、当月分の利用料金は翌月末日までにお支払いいただきますようお願いいたします。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先	氏名 (利用者との続柄) 住所 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0276-33-7700 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます

苦情受付機関	群馬県国民健康保険団体連合会	電話番号 027-290-1323
--------	----------------	----------------------

12. 第三者評価の実施状況

第三者評価は実施していない。

13. サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用する為、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容態の急変などによりサービスが利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等の担当者へご連絡下さい。

1 4. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えております。

【避難訓練：年2回実施】

事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	群馬県太田市東本町42-1
	事業者（法人名）	医療法人 KOSSMOS会

代表者職：氏名	理事長	剣持 雅彦	印
説明者職：氏名	管理者	加藤 恵美	印

私は、事業者より上記の重要事項の説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	印

署名代行者 (又は法定代理人)	
住所	
本人との続柄	
氏名	印

立会人	住所
	氏名

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は、
下記記載の内容で事業者が個人情報を必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

事業者	住所	群馬県太田市東本町4-2-1		
	氏名	理事長 剣持 雅彦		印
利用者	住所			
	氏名	印		
利用者家族 (代表者)	住所			
	氏名	印	続柄	
使用する目的	・介護保険サービスを円滑に提供するために実施される、サービス担当者会議に必要となる場合、市町村や事業者に提出する場合。 ・介護支援専門員と介護サービス事業者との連絡調整及び、サービス事業者間の連絡調整に必要となる場合。 ・サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等の場合。 ・利用者に病状の急変が生じた場合の主治医への連絡の場合。 ・利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。 ・介護保険事務に関する情報提供の場合。			
利用期間	サービス提供契約期間に準ずる			
利用条件	個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供にかかわる目的以外には利用しません。 また、契約終了後においても第三者に漏らしません。			