

療養通所介護まこと 重要事項説明書 (療養通所介護)

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、介護保険法に基づく療養通所介護の人員、設置及び運営に関する基準に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいて頂きたいことを事業者が説明するものです。

1 療養通所介護を提供する事業者について

事業者名称	医療法人 誠医会
代表者氏名	理事長 宮川政久
本社所在地 (連絡先)	川崎市川崎区大師駅前2-13-13 電話 044-222-3255
法人設立年月日	昭和26年2月20日

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	療養通所介護まこと
サービスの主たる対象者	介護保険で要介護認定を受けられている方
事業所番号	療養通所介護 1495000612 号 (平成29年 5月 1日指定)
管理者	島田珠美 (中山珠美)
事業所所在地	川崎市川崎区大師駅前一丁目2番9号
連絡先 相談担当者名	管理者 島田珠美 (中山珠美) 044-280-6676
事業所の通常の 事業実施地域	川崎市川崎区
事業所が行なう 他のサービス	児童発達支援・放課後等デイサービス 1455000354 号 (平成28年8月1日指定) 生活介護 1415001096 号 (平成28年8月1日指定)
利用定員	生活介護と療養通所介護を合わせて5名
開設年月日	平成29年 5月 1日

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	医療依存度の高い重介護の要介護認定者を対象に、送迎サービス、入浴介助、リハビリテーション、レクリエーション、食事介助、排せつ介助などを行う。必要時、痰の吸引・創部処置等医療処置も行う。利用者同士の触れ合いの場や、家族同士のコミ
-------	---

	コミュニケーションの場としても活用し、生活を支援する。
運 営 方 針	本人及び家族の意向、利用者本人の特性、病状その他の事情を踏まえた計画（以下「サービス計画」という。）を作成し、これに基づき要介護者に対してサービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することとし、 適宜、必要な措置を講ずることにより要介護者に対して適切かつ効果的にサービスを提供する。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月・火・水・金曜日 ただし祭日・年末年始（12月30日～1月3日）を除く
営 業 時 間	9時～17時

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月・火・水・金曜日 ただし祭日・年末年始（12月30日～1月3日）を除く
サービス提供時間	療養通所介護 10時00分 ～ 16時00分

3 事業所の構造・設備について

(1) 構造

構 造	鉄筋コンクリート造
敷 地 面 積	292.22㎡
延 床 面 積	195.45㎡

(2) 設備

設 備 の 種 類	部 屋 数	備 考
指 導 訓 練 室	1室	リハビリ、リクレーション、日常生活の介護などを行う
浴 室	1室	介助用の特殊浴槽あり
ト イ レ	1室	洗面台付、洋式トイレ、跳ね上げ式の手すりあり
ミニキッチン	1つ	食事の準備、後片付けなど

4 職員体制等について

(1) 各職種の職務の内容

職 種	職 務 内 容

管 理 者	管理者は、職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定生活介護の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。
介 護 職 員	直接支援を行う職員。 を法令に定める基準以上の人員を配置する
機能訓練担当職員	機能訓練を行う職員。 法令に定める基準以上の人員を配置する
嘱 託 医	医師 1名
看 護 師	看護師 法令に定める基準以上の人員を配置する
運 転 手	運転業務 必要に応じて
事 務 員	事務業務 必要に応じて

5 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容

サービスの種類	サービスの内容
サービス計画の作成	本人や家族の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載したサービス計画を作成します。
日常生活訓練	日常生活動作、関節可動域訓練、ストレッチ、音楽活動等を行います。
集団生活適応訓練	会話、パソコン、スイッチ、アイパッド操作等を行います。
創作的活動	絵画、工作、園芸等を行います。
更生相談	医療、福祉、生活の相談等を行います。
介護方法の指導	家族等に対する介護技術指導等を行います。
健康指導	障がい者の健康チェック、健康相談を行います。
介護サービス	更衣、排泄等の身体介助を行います。
送迎サービス	希望により、事業所の所有する車両により、障がい者の自宅又は学校と事業所との間の送迎を行います。
入浴サービス	希望により、入浴サービスを提供します。

(2) サービス料金利用料金は、別表のとおりです。

<提供するサービスの料金とその利用者負担額について>

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

本人の属する世帯の所得に応じて、負担上限月額が設定され、利用料の1割～3割と負担上限月額のいずれか額の小さいほうが、1月あたりの利用者負担額になります。利用料の1割～3割が負担上限月額を超

える場合は負担上限月額以上の負担は発生しません。

負担上限月額等に関する詳細については、川崎市の窓口までお問合せください。

利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

利用者負担額その他の費用の支払い方法について	利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月15日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の25日にご指定の口座より引き落としをさせていただきます。お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。
------------------------	---

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から3月以上遅延し、故意に支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。当日キャンセルは50%のキャンセル料を頂く場合があります。

7 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 要介護認定とケアプラン内容等の確認

サービスの提供に先立って、介護保険証に記載された要介護度・居宅介護支援事業所を確認させていただきます。介護保険証の住所、介護度などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) サービス計画の作成

確認したケアプラン内容に沿って、本人及び家族の生活に対する意向に配慮しながら「サービス計画」を作成します。作成した「サービス計画」については、案の段階で本人及び家族に対し内容を説明し、本人または家族の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

(3) 生活介護計画の変更等

「サービス計画」は、本人の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更ができます。

8 虐待の防止および身体拘束の禁止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年11月法律第124号 平成27年5月29日法律第31号）」と厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」が取りまとめた『身体拘束ゼロへの手引き』（2001年3月）を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止・身体拘束禁止に関する責任者	管理者 島田珠美（中山珠美）
--------------------	----------------

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備しています。

④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への

連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、保護者が予め指定する連絡先にも連絡します。

10 協力医療機関について

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。

医療機関名称	医療法人誠医会 宮川病院		
医院長名	院長 宮川政久		
所在地	川崎市川崎区大師駅前二丁目13番13号		
電話番号	044-222-3255		
診療科	内科・外科・整形外科	入院設備	あり

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する療養通所介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する療養通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

市町村	市町村名	川崎市
	担当部・課名	健康福祉局長寿社会部 介護保険課
	電話番号	044-200-2678

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 訪問看護事業共済会
 保険名 訪問看護事業者総合補償制度 療養通所介護追加補償特約
 保障の概要 賠償責任保険

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める消防計画により対応いたします。
平時の訓練	別途に定める消防計画に則り、消防・防災訓練を年2回程度実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・非常通報装置 有 ・カーテン等は防災機能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食糧・飲料水3日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）
消防計画	消防署への届出日：平成28年2月25日 防災管理者：山中 恵美子
保険加入	本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。 保険会社名 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 保険名 火災保険

13 苦情解決の体制及び手順

(1) 提供した指定療養通所介護に係る要介護者又は家族、後見人からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

(2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ・苦情があった場合は、速やかに担当者・又は管理者が相手方に連絡をとり、面会して話を伺う等の対策を講じる
- ・管理者が必要と判断した場合は、担当者を含めて検討会議を行う
- ・必要時、法人の部長会で対応を検討する

(3) その他参考事項

- ・普段から苦情がでないようなサービス提供を心がける
- ・定期的な接遇研修を実施する
- ・医療安全や感染等関連する分野の研修を定期的実施する
- ・週例会にて、事例検討等を行い、情報を共有し、より良いサービスのあり方を検討する

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所在地 川崎市川崎区大師駅前1-2-9 電話番号 044-280-6676 ファックス番号 044-266-2189 受付時間 月曜日～金曜日 9時～17時
【市町村の窓口】 (利用者の居宅がある市町村の介護保険担当部署の名称)	所在地 川崎市川崎区宮本町1番地 健康福祉局長寿社会部介護保険課 電話番号 044-200-2678 ファックス番号 044-200-3926 受付時間 月曜日～金曜日 9時～17時
【県の窓口】 (最終的な苦情の受付窓口)	所在地 横浜市西区楠町27-1 神奈川県国民健康保険団体連合会介護保険課 電話番号 045-329-3447 ファックス番号 0570-033-110 受付時間 月曜日～金曜日 9時～17時

14 心身の状況の把握

療養通所介護の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

15 連絡調整に対する協力

療養通所介護事業者は、療養通所介護の利用について川崎市または、居宅介護支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

16 他の介護事業者等との連携

指定療養通所介護の提供に当り、川崎市、神奈川県の高齢サービスを行う者、福祉施設その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

17 サービス提供の記録

- ① 指定療養通所介護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容等を、サービス提供の終了時に本人又はご家族の確認を受けることとします。
- ② 指定療養通所介護の実施毎にサービス提供実績記録票に記録を行い本人又は家族の確認を受けま

- ③ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、本人又はその家族は事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

18 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

感染症対策	利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用は出来ません。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
貴重品の管理	貴重品は、自己の責任において管理していただきます。自己管理のできない場合は貴重品を事業所に持ち込まないようお願いします。
宗教活動・政治活動 営利活動	本人及び家族の思想、信仰は自由ですが、他の利用者及びその家族に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

19 サービス提供開始可能年月日

サービス提供開始が可能な年月日	年 月 日
-----------------	-------

20 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、通所給付決定保護者に説明を行いました。

事業者	所在地	川崎市川崎区大師駅前1-2-9
	法人名	医療法人誠医会
	代表者名	理事長 宮川政久 印
	事業所名	療養通所介護まこと
	説明者氏名	管理者 中山珠美 印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用申込者	住所	川崎市川崎区
	氏名	印
	続柄	
代理人	住所	
	氏名	印