

## 重要事項説明書

(デイサービス暖団 通所介護サービス)

ご利用者に対する通所介護サービスを開始するにあたり、厚生省令第 37 号第 8 条に基づいて、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次の通りです。

### 1. 施設の概要

#### (1) 事業者

|            |                   |
|------------|-------------------|
| 事業者名称      | 株式会社 日本シューター      |
| 主たる事務所の所在地 | 京都市南区吉祥院南落合町 3 番地 |
| 法人種別       | 株式会社              |
| 代表者名       | 田中 康之             |
| 電話番号       | 075 - 672 - 8223  |

|                                                  |                                             |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 介護保険法令に基づき<br>滋賀県知事から指定を<br>受けている事業所名称<br>(指定番号) | 各事業所につき介護保険法令に基づき滋賀県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類 |
| 2570600920                                       | 通所介護サービス                                    |

#### (2) ご利用施設

|          |                     |
|----------|---------------------|
| ご利用施設の名称 | デイサービス暖団草津          |
| 所在地      | 滋賀県草津市野村七丁目 17 番 11 |
| 代表者名     | 施設長 清水 友祐           |
| 電話番号     | 077-569-5672        |

### 2. 事業の目的

ご利用者の QOL (生活の質) の向上と自立支援を事業の目的としています。

### 3. 運営方針

1. 利用者様、家族様との信頼関係を大切にします。
2. 利用者様の变化に素早く気付けるよう、目配り・気配り・心配りをします。
3. 利用者様の身体状況、目的・目標に応じた運動を提案します。
4. いつまでも美味しく、楽しく、安全な食生活を維持出来るように支援します。
5. 職員間のチームワークを大切にし、アットホームで働きやすい環境を創ります。

#### 4. 秘密保持に関して

事業者及びその職員は、正当な理由が無い限り、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を保持します。この守秘義務は職員の契約が終了した後も継続するものとします。

ただし、利用者に医療上、緊急の必要がある場合には、医療機関等に利用者に関する情報を提供させていただきます。また、施設内のケア担当者や居宅介護支援事業所へは、必要不可欠な情報に限り提供させていただきます。

#### 5. 事業所の職員体制(従事者の職種・人数・職務内容)

| 職務      | 人数 |    | 職務内容                                                                                           |
|---------|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 専任 | 兼務 |                                                                                                |
| 管理者     |    | 1名 | * 職員の管理及び業務の管理                                                                                 |
| 看護師     |    | 2名 | * ご利用者の健康状態のチェック<br>* 保健衛生上の指導や看護、口腔機能訓練を担当<br>(看護師は機能訓練指導員と兼務)                                |
| 介護職員    | 9名 | 3名 | * ご利用者の入浴、排泄、食事等の介助及び援助<br>* サービス計画書の作成 その他必要な業務<br>(内1名 管理者と兼務、内1名 生活相談員と兼務、<br>内1名 歯科衛生士と兼務) |
| 機能訓練指導員 | 2名 | 2名 | * ご利用者の個別機能訓練等を担当<br>(看護師は機能訓練指導員と兼務)                                                          |
| 歯科衛生士   | 1名 | 1名 | * ご利用者の口腔機能訓練を担当(介護職員と兼務)                                                                      |
| 生活相談員   | 1名 | 1名 | * ご利用者の相談援助業務<br>* サービス計画書の作成<br>(内1名 介護職員と兼務)                                                 |

#### 6. 営業日及び時間

○営業日は火・木・土曜日とします。

(ただし、日曜・祝日と夏季休暇(8月13日～8月15日)、年末年始(12月30日～1月3日)は休業  
※振替利用(欠席された分を違う日に振り替えて利用)に関しては、ご相談ください。

○営業時間は午前7時50分から午後4時50分まで、

サービス提供時間は午前8時15分から午後4時30分までとします。

(ご利用は時間内約5.5時間とします。)

○介護認定の結果、要支援1・2の区分になられた場合、営業日が月・水・金曜日、利用時間が最長4時間となります。

## 7. 事業の内容

通所介護サービス事業の内容は次のとおりとします。

|                    |                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1)日常生活上の援助        | 日常生活動作能力に応じて、入浴・移動等の介助、その他、必要な身体上の介護を行います。                                                                                                                                                                 |
| (2)健康状態の確認         | ①ご利用時には健康上のチェックを行います。<br>②緊急時には主治医、協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。                                                                                                                                                   |
| (3)機能訓練            | ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能の維持回復を図るための機能訓練を行うとともに、利用者の心身の活性化を図り、在宅生活の充実につなげるための各種サービスを提供します。<br>① トレーニングマシンを使用した個別機能訓練<br>② 少集団運動・その他トレーニングメニュー(体操等)<br>③ 趣味活動・レクリエーション(集団体操・外出レク等)<br>④ あん摩マッサージ指圧師による施術<br>⑤ その他 |
| (4)口腔機能訓練          | いつまでも美味しく、楽しく、安全に食事をしていただけるように、必要な方に口腔ケアサービスを提供します。<br>① 口腔清掃・清保の指導<br>② 口腔体操・訓練                                                                                                                           |
| (5)栄養アセスメント・改善サービス | 栄養状態の評価、低栄養状態またはそのおそれのある御利用者に対して、管理栄養士が栄養状態の改善を図る相談や管理を行います。                                                                                                                                               |
| (6)送迎サービス※         | 送迎を必要とするご利用者については専用車両により送迎を行います。また、必要に応じて送迎車両への昇降・移動の介助を行います。                                                                                                                                              |
| (7)入浴サービス          | 当事業所では入浴が可能です。身体状況に応じて、衣服の着脱、身体の清拭、洗身、洗髪等必要な介助を行います。                                                                                                                                                       |
| (8)食事サービス          | 食事の準備、後片付けの介助を始め、必要に応じて、食事摂取等必要な介助を行います。                                                                                                                                                                   |
| (9)相談・助言に関するサービス   | ご利用者及びご家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。                                                                                                                                                                      |

※1 ご家族送迎・自己来所をご希望される方につきましては、道中の事故等に責任を負いかねますことをご了承下さい。

※2 上記、栄養に関するサービス提供につきましては、弊社運営の認定栄養ケア・ステーション暖団の管理栄養士が行います。

## 8. 利用料及びその他費用

(1) 当事業所が提供する通所介護サービスの利用料は、厚生労働大臣が定める基準により、当該サービスが法定代理受領サービスである時は、利用者様から本人負担分の支払いを頂くようになります。概ね1日の基本利用料は次のようになります。

|       |       | 1割負担の場合 | 2割負担の場合 | 3割負担の場合 |
|-------|-------|---------|---------|---------|
| ◆要介護1 | 570単位 | 約595円   | 約1,191円 | 約1,786円 |
| ◆要介護2 | 673単位 | 約703円   | 約1,406円 | 約2,109円 |
| ◆要介護3 | 777単位 | 約811円   | 約1,623円 | 約2,435円 |
| ◆要介護4 | 880単位 | 約919円   | 約1,839円 | 約2,785円 |
| ◆要介護5 | 984単位 | 約1,028円 | 約2,056円 | 約3,084円 |

\* 1日あたりのおおよその基本利用料(一部負担額)です。

(なお、草津市はこの値段に地域区分単価、5級地10.45をかけた金額の1割もしくは2割、もしくは3割がご負担料金となります) 上記は「5時間以上6時間未満」のご利用での金額です。

2015年8月1日以降、一定以上の所得がある方は利用料が2割負担となります。

2018年8月1日以降、一定以上の所得がある方は利用料が3割負担となります。

### 【加算】

|                |          |
|----------------|----------|
| ◆個別機能訓練加算(Ⅰ・ロ) | 76単位/日   |
| ◆個別機能訓練加算(Ⅱ)   | 20単位/月   |
| ◆口腔機能向上加算Ⅱ     | 160単位/日  |
| ◆栄養改善加算        | 200単位/日  |
| ◆栄養アセスメント加算    | 50単位/月   |
| ◆入浴介助加算(Ⅰ)     | 40単位/日   |
| ◆科学的介護推進体制加算Ⅰ  | 40単位/月   |
| ◇送迎未実施減算       | △47単位/片道 |
| ◆介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 下記★1参照   |

\* 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)以外の加算は、加算算定にかかるサービスを提供した際に加算されます。  
(なお、草津市はこの値段に地域区分単価、5級地10.45をかけた金額となります)

\* 口腔機能向上加算Ⅱは1月に2回までの実施(加算)となります。

\* 栄養改善加算は1月に2回までの実施(加算)となります。

★1 介護保険負担料(基本料金・本加算以外の各種加算)合計額の8.0%を加算させていただきます。

(2) 日常生活において通常必要となるものの費用については、ご利用者、ご家族に説明をし、同意を得たものに限り徴収します。

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| ◆連絡帳代  | 500円／1冊                  |
| ◆昼食代   | 800円／1食                  |
| ◆おやつ代  | 200円／1食                  |
| ◆紙おむつ代 | リハビリパンツ100円／1枚 パット50円／1枚 |
| ◆歯ブラシ代 | 150円／1本(税込)              |

\* 紙おむつ代・歯ブラシ代は、利用者の希望によって提供した場合です。(持参の場合は無料)

\* 連絡帳代は、初回利用時に現金で持参ください。

(3) 利用料のお支払いは、原則、ご利用者様御指定の金融機関口座からの自動引落とさせていただきます。  
ただし、手続き完了までは、現金でのお支払とさせていただきます。

(4) 昼食代・おやつ代中止の申し出は、前日 24 時までを原則とし、それ以後は料金が発生し自己負担頂きます。

## 9. 事業の実施地域

事業の実施地域は次のとおりとします。

○草津市(名神高速道路より東側を除く)

## 10. 苦情等の申し立て窓口

(1) 当事業所 ご相談窓口 施設管理責任者 清水 生活相談員 生田

ご利用時間 月曜日から土曜日の 9:00～16:50

電話 (077) 569-5672 もしくは来所にてお気軽にご相談下さい。

(2) その他 ご相談窓口

① 滋賀県国民健康保険団体連合会

ご利用時間 平日 午前 9 時～午後 5 時

ご利用方法 電話 077-522-2651

住所 滋賀県大津市中央 4 丁目 5 番 9 号

③ その他の各居宅介護支援事業所、各市役所、支所福祉介護課でも苦情を受け付けております。

草津市：介護保険課 電話 077-561-2369

## 11. 緊急時の対応方法

サービス提供時にご利用者の状態に急変が生じた場合で、当事業所で必要な対応が困難と判断された場合は、当事業所の協力医療機関又はその他の病院・診療所に受診していただきます。(かかりつけ医につきましては、面接時にお尋ねいたします)緊急のため、ご家族へのご連絡が事後となることもあるかと思いますが、ご了承下さい。

### ●協力医療機関

|         |                                         |
|---------|-----------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 芙蓉会 南草津病院                          |
| 院長名     | 程原 佳子                                   |
| 所在地     | 滋賀県草津市野路五丁目 2-39                        |
| 電話番号    | 077-562-0724                            |
| 診療科     | 内科、外科、整形外科、リハビリテーション科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科 |
| 入院設備    | 一般 42 床 療養 95 床                         |
| 救急指定の有無 | 無し                                      |
| 契約の概要   | 当事業者は提携病院と協力関係にある。                      |

## 12. 事故発生時の対応

サービス提供中等に発生した事故については、速やかにご利用者ご家族及び関係機関(滋賀県、草津市等)に連絡を行うと共に、必要な措置を講ずるものとします。

## 13. 非常災害時の対応

非常災害時に備え、常日頃からできうる限りの事前準備を行うものとします。

消防署等関係部署と連絡を密にとり、消防訓練等事前の訓練を積極的に行うものとします。

## 14. サービス利用にあたって留意して頂く事項

- (1) トレーニングマシンが多数設置されているため、マシンのご利用にあたっては、機能訓練指導員及び職員の指示に従っていただくものとします。
- (2) 宗教活動・政治活動・営利活動等につきましては、当事業所の職員や利用者に対し、迷惑を及ぼすため、ご遠慮願います。
- (3) 喫煙スペースは設けておりません。全面禁煙となります。
- (4) お迎え（施設到着前）、お送り時（ご自宅到着前）の送迎車内において、送迎担当職員がお声掛けさせていただき、シートベルトは必ず装着したままをお願い致します。  
※乗車中にシートベルトを外される行為を当施設職員が発見した場合は、お声掛けさせていただくとともに、関係機関（ご家族様、ケアマネージャー様）へもご連絡させていただきます。

シートベルト装着をお守りいただけない場合は、利用契約書第六章三項の規程に則り、当所からご利用をお断りさせていただく場合がございます。

## 15. その他、ご利用にあたって

### (1) 利用時にご持参いただくもの

- ①上履き(はき慣れた運動靴)
- ②連絡帳(ファイル・袋)
- ③薬(昼食前・間・後)、貼付薬・点眼薬等(常用薬がある方)
- ④リハビリパンツ、尿とりパット(ご使用の方のみ)
- ⑤入浴時の着替え(必要な方のみ)
- ※タオル・バスタオルはこちらで貸し出し致します。
- ⑦歯磨きセット(必要な方、口腔ケアを実施される方のみ)

### (2) 利用時の服装について

特に指定はございませんが、動きやすい服装でお越し下さい。(トレーニングウェアもしくはジャージのようなものが望ましい)また、足浴の利用をされる方は、膝上まで捲くり上げられるズボンもしくは短パンのご準備をお願い致します。

以上

## 重要事項説明書

(デイサービス暖団草津 介護予防型デイサービス)

ご利用者に対する介護予防型デイサービスを開始するにあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次の通りです。

### 1. 施設の概要

#### (1) 事業者

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 事業者名称      | 株式会社 日本シューター    |
| 主たる事務所の所在地 | 京都市南区吉祥院南落合町3番地 |
| 法人種別       | 株式会社            |
| 代表者名       | 田中 康之           |
| 電話番号       | 075-672-8223    |

|                                                  |                                             |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 介護保険法令に基づき<br>滋賀県知事から指定を<br>受けている事業所名称<br>(指定番号) | 各事業所につき介護保険法令に基づき滋賀県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類 |
| 2570600920                                       | 介護予防型デイサービス                                 |

#### (2) ご利用施設

|          |                  |
|----------|------------------|
| ご利用施設の名称 | デイサービス暖団草津       |
| 所在地      | 滋賀県草津市野村七丁目17番11 |
| 代表者名     | 施設長 清水 友祐        |
| 電話番号     | 077-569-5672     |

### 2. 事業の目的

ご利用者のQOL(生活の質)の向上と自立支援を事業の目的としています。

### 3. 運営方針

1. 利用者様、家族様との信頼関係を大切にします。
2. 利用者様の变化に素早く気付けるよう、目配り・気配り・心配りをします。
3. 利用者様の身体状況、目的・目標に応じた運動を提案します。
4. いつまでも美味しく、楽しく、安全な食生活を維持出来るように支援します。
5. 職員間のチームワークを大切にし、アットホームで働きやすい環境を創ります。

#### 4. 秘密保持に関して

事業者及びその職員は、正当な理由が無い限り、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を保持します。この守秘義務は職員の契約が終了した後も継続するものとします。

ただし、利用者に医療上、緊急の必要がある場合には、医療機関等に利用者に関する情報を提供させていただきます。また、施設内のケア担当者や居宅介護支援事業所へは、必要不可欠な情報に限り提供させていただきます。

#### 5. 事業所の職員体制(従事者の職種・人数・職務内容)

| 職務      | 人数 |    | 職務内容                                                                                               |
|---------|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 専任 | 兼務 |                                                                                                    |
| 管理者     |    | 1名 | * 職員の管理及び業務の管理                                                                                     |
| 看護師     |    | 2名 | * ご利用者の健康状態のチェック<br>* 保健衛生上の指導や看護、口腔機能訓練を担当<br>(看護師は機能訓練指導員と兼務)                                    |
| 介護職員    | 9名 | 3名 | * ご利用者の入浴、排泄、食事等の介助及び援助<br>* サービス計画書の作成 その他必要な業務<br>(内1名 管理者と兼務、内 1 名、生活相談員と兼務、<br>内 1 名 歯科衛生士と兼務) |
| 機能訓練指導員 | 2名 | 2名 | * ご利用者の個別機能訓練等を担当<br>(看護師は機能訓練指導員と兼務)                                                              |
| 歯科衛生士   | 1名 | 1名 | * ご利用者の口腔機能訓練を担当(介護職員と兼務)                                                                          |
| 生活相談員   | 1名 | 1名 | * ご利用者の相談援助業務<br>* サービス計画書の作成<br>(内1名 介護職員と兼務 )                                                    |

#### 6. 営業日及び時間

○営業日は月・水・金曜日とします。(ただし、日曜・祝日と夏季休暇(8月13日～8月15日)、年末年始(12月30日～1月3日)は休業)

※振替利用(欠席された分を違う日に振り替えて利用)に関しては、原則できません。

○営業時間は午前7時50分から午後4時50分まで、

サービス提供時間は午前8時15分から午後4時30分までとします。

(ご利用時間は、各ご利用者様のサービス提供内容によって変わりますが、概ね最長4時間とします)

○介護保険の認定結果が要介護 1～5 に変更となった場合、利用曜日と時間帯が変更となります。  
\*営業日が火・木・土曜日、提供時間が 5～6 時間となります。

## 7. 事業の内容

介護予防型デイサービス事業の内容は次のとおりとします。

|                    |                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1)日常生活動作の援助       | 日常生活動作能力に応じて、入浴・移動等の介助、その他、必要な身体上の介護を行います。                                                                                                                                                           |
| (2)健康状態の確認         | ①ご利用時には健康上のチェックを行います。<br>②緊急時には主治医、協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。                                                                                                                                             |
| (3)機能訓練            | ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能の維持回復を図るための機能訓練を行うとともに、利用者の心身の活性化を図り、在宅生活の充実につなげるための各種サービスを提供します。<br>①トレーニングマシンを使用した個別機能訓練<br>②集団運動・その他トレーニングメニュー(体操等)<br>③趣味活動・レクリエーション(集団体操・外出レク等)<br>④あん摩マッサージ指圧師による施術<br>⑤その他 |
| (4)口腔機能訓練          | いつまでも美味しく、楽しく、安全に食事をしていただけるように、必要な方に口腔ケアサービスを提供します。<br>① 口腔清掃・清保の指導<br>② 口腔体操・訓練                                                                                                                     |
| (5)栄養アセスメント・改善サービス | 栄養状態の評価、低栄養状態またはそのおそれのある御利用者に対して、管理栄養士が栄養状態の改善を図る相談や管理を行います。                                                                                                                                         |
| (6)送迎サービス※         | 送迎を必要とするご利用者については専用車両により送迎を行います。また、必要に応じて送迎車両への昇降・移動の介助を行います。                                                                                                                                        |
| (7)入浴サービス          | 当事業所では入浴が可能です。身体状況に応じて、衣服の着脱、身体の清拭、洗身、洗髪等必要な介助を行います。                                                                                                                                                 |
| (8)食事サービス          | 食事の準備、後片付けの介助を始め、必要に応じて、食事摂取等必要な介助を行います。                                                                                                                                                             |
| (9)相談・助言に関するサービス   | ご利用者及びご家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。                                                                                                                                                                |

※1 ご家族送迎・自己来所をご希望される方につきましては、道中の事故等に責任を負いかねますことをご了承下さい。

※2 上記、栄養に関するサービス提供につきましては、弊社運営の認定栄養ケア・ステーション暖団の管理栄養士が行います。

## 8. 利用料及びその他費用

(1) 当事業所が提供する介護予防型デイサービスの利用料は、厚生労働大臣が定める基準により、当該サービスが法定代理受領サービスである時は、利用者様から本人負担分の支払いを頂くようになります。概ね1月の基本利用料は次のようになります。

|       |                             | 1割負担の場合   | 2割負担の場合   | 3割負担の場合    |
|-------|-----------------------------|-----------|-----------|------------|
| ◆要支援1 | 1,798 単位                    | 約 1,878 円 | 約 3,757 円 | 約 5,636 円  |
| ◆要支援2 | 3,621 単位                    | 約 3,783 円 | 約 7,567 円 | 約 11,351 円 |
| ◆     | ひと月あたり回数を定める場合→1回につき 447 単位 |           |           |            |

\* 1月あたりのおおよその基本利用料(一部負担額)です。(なお、草津市はこの値段に地域区分単価、5級地 10.45 をかけた金額の1割もしくは2割もしくは3割がご負担金となります)

(2015年8月1日以降、一定以上の所得がある方は利用料が2割負担になります)

(2018年8月1日以降、一定以上の所得がある方は利用料が3割負担になります)

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| ◆口腔機能向上加算Ⅱ     | 160 単位(約 167 円)／月 |
| ◆栄養改善加算        | 200 単位(約 209 円)／月 |
| ◆栄養アセスメント加算    | 50 単位 (約 52 円)／月  |
| ◆一体的サービス提供加算   | 480 単位(約 501 円)／月 |
| ◆科学的介護推進体制加算   | 40 単位(約 42 円)／月   |
| ◇送迎未実施減算       | △47 単位／片道         |
| ◆介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 下記★1 参照           |

\* 「一体的サービス提供加算」は「口腔機能向上サービス」、「栄養改善サービス」のうち、いずれのサービスも実施した場合に徴収いたします。

★1 介護保険負担料(基本料金・本加算以外の各種加算)合計額の8.0%を加算させていただきます。

(2) 日常生活において通常必要となるものの費用については、ご利用者、ご家族に説明をし、同意を得たものに限り徴収します。

|        |                                |
|--------|--------------------------------|
| ◆連絡帳代  | 500 円／1 冊                      |
| ◆昼食代   | 800 円／1 食                      |
| ◆おやつ代  | 200 円／1 食                      |
| ◆紙おむつ代 | リハビリパンツ 100 円／1 枚 パット 50 円／1 枚 |
| ◆歯ブラシ代 | 150 円／1 本 (税込)                 |

\* 紙おむつ代・歯ブラシ代は、利用者の希望によって提供した場合です。

(持参の場合は無料)

(3) 利用料の支払いは、原則 御利用者様御指定の金融機関口座からの自動払込とさせていただきます。ただし、手続き完了までは、現金でのお支払とさせていただきます。

金融機関等に口座が無い場合等については、現金でのお支払も対応させていただきます。

(4) 昼食代・おやつ代中止の申し出は、前日 24 時までを原則とし、それ以後は料金が発生し自己負担頂きます。

## 9. 事業の実施地域

事業の実施地域は次のとおりとします。

○草津市（名神高速道路より東側を除く）

## 10. 苦情等の申し立て窓口

(1) 当事業所    ご相談窓口    施設管理責任者    清水    生活相談員    生田  
ご利用時間    月～土曜日の 9 : 00～16 : 50  
電話 (077) 569-5672 もしくは来所にてお気軽にご相談下さい。

(2) その他    ご相談窓口

### ①滋賀県国民健康保険団体連合会

ご利用時間    平日    午前 9 時～午後 5 時

ご利用方法    電話    077-522-2651

住所    滋賀県大津市中央 4 丁目 5 番 9 号

### ②その他

各居宅介護支援事業所、各市役所、支所福祉介護課でも苦情を受け付けております。

草津市：介護保険課    電話    077-561-2369

## 11. 緊急時の対応方法

サービス提供時にご利用者の状態に急変が生じた場合で、当事業所で必要な対応が困難と判断された場合は、当事業所の協力医療機関又はその他の病院・診療所に受診していただきます。(かかりつけ医につきましては、面接時にお尋ねいたします)緊急のため、ご家族へのご連絡が事後となることもあるかと思いますが、ご了承下さい。

### ●協力医療機関

|         |                                         |
|---------|-----------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 芙蓉会 南草津病院                          |
| 院長名     | 程原 佳子                                   |
| 所在地     | 滋賀県草津市野路五丁目 2-39                        |
| 電話番号    | 077-562-0724                            |
| 診療科     | 内科、外科、整形外科、リハビリテーション科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科 |
| 入院設備    | 一般 42 床 療養 95 床                         |
| 救急指定の有無 | 無し                                      |
| 契約の概要   | 当事業者は提携病院と協力関係にある。                      |

## 12. 事故発生時の対応

サービス提供中等に発生した事故については、速やかにご利用者ご家族及び関係機関(滋賀県、草津市等)に連絡を行うと共に、必要な措置を講ずるものとします。

## 13. 非常災害時の対応

非常災害時に備え、常日頃からできる限りの事前準備を行うものとします。

消防署等関係部署と連絡を密にとり、消防訓練等事前の訓練を積極的に行うものとします。

#### 14. サービス利用にあたって留意して頂く事項

- (1) トレーニングマシンが多数設置されているため、マシンのご利用にあたっては、機能訓練指導員及び職員の指示に従っていただくものとします。
- (2) 宗教活動・政治活動・営利活動等につきましては、当事業所の職員や利用者に対し、迷惑を及ぼすため、ご遠慮願います。
- (3) 喫煙スペースは設けておりません。全面禁煙となります。
- (4) お迎え(施設到着前)、お送り時(ご自宅到着前)の送迎車内において、送迎担当職員がお声掛けさせていただき、シートベルトは必ず装着したままでお願い致します。  
※乗車中にシートベルトを外される行為を当施設職員が発見した場合は、お声掛けさせていただくとともに、関係機関(ご家族様、ケアマネージャー様)へもご連絡させていただきます。  
シートベルト装着をお守りいただけない場合は、利用契約書第六章三項の規程に則り、当所からご利用をお断りさせていただく場合がございます。

#### 15. その他、ご利用にあたって

- (1) 利用時にご持参いただくもの

- ① 上履き(はき慣れた運動靴)
- ② 連絡帳(ファイル・袋)
- ③ 薬(昼食前・間・後)、貼付薬・点眼薬等(常用薬がある方)
- ④ リハビリパンツ、尿とりパット(ご使用の方のみ)
- ⑤ 入浴時の着替え(必要な方のみ)※タオル・バスタオルはこちらで貸し出し致します。
- ⑥ 歯磨きセット(必要な方、口腔ケアを実施される方のみ)

- (2) 利用時の服装について

特に指定はございませんが、動きやすい服装でお越し下さい。(トレーニングウェアもしくはジャージのようなものが望ましい)また、足浴の利用をされる方は、膝上まで捲くり上げられるズボンもしくは短パンのご準備をお願い致します。

以上

株式会社日本シューター デイサービス暖団草津

草津市介護予防・日常生活支援総合事業における

通所型サービス（活動型デイサービス）重要事項説明書

当事業所は、草津市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス（活動型デイサービス）の提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

### 1. 事業者（法人）の概要

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社 日本シューター    |
| 主たる事務所の所在地 | 京都市南区吉祥院南落合町3番地 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役社長 田中 康之   |
| 電話番号       | 075-672-8223    |

### 2. ご利用事業所の概要

|             |                                              |            |
|-------------|----------------------------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称   | デイサービス暖団草津                                   |            |
| サービスの種類     | 草津市介護予防・日常生活支援総合事業における<br>通所型サービス（活動型デイサービス） |            |
| 事業所の所在地     | 〒525-0027 滋賀県草津市野村7丁目17-11                   |            |
| 事業所の管理者     | 施設長 清水 友祐                                    |            |
| 電話番号        | 077-569-5672                                 |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成29年4月1日                                    | 2570600920 |
| 実施単位・利用定員   | 半日/287単位<br>全日/316単位                         | 定員20人      |
| 通常の事業の実施地域  | 草津市（草津・新堂・松原・高穂の各中学校区）                       |            |
| 面積          | 敷地面積832.05㎡                                  |            |
| 建物概要        | 鉄骨造1階建て 述べ床面積421.86㎡                         |            |
| 損害賠償責任保険    | 三井住友海上火災保険                                   |            |

### 3. ご利用事業所の主な設備の概要

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 食堂・機能訓練室 | 261.1 m <sup>2</sup> |
| 静養室      | 9.1 m <sup>2</sup>   |
| 相談室      | 4.2 m <sup>2</sup>   |

### 4. 事業の目的と運営の方針

#### (1) 事業の目的

要支援状態等の利用者に対し、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

#### (2) 運営の方針

- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場でサービスの提供に努めます。
- ・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、草津市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- ・通所型サービス（活動型デイサービス）の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。
- ・上記のほか、草津市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

### 5. 提供するサービスの内容

通所型サービス（活動型デイサービス）の内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行います。

|                   |                                                                                         |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 機能訓練              | 【内容】ミニデイサービス・運動・レクリエーション                                                                |
| 介護予防<br>(アクティビティ) | ① トレーニングマシンを使用した個別機能訓練<br>② ステップウェル（踏み台昇降）体操<br>③ その他トレーニングメニュー<br>④ 趣味活動<br>⑤ レクリエーション |
| 食事の提供             | 和食・洋食（中華含）・ヘルシー食の3種類                                                                    |
| 健康チェック            | 血圧・脈拍・体温の測定（必要に応じて怪我等の簡易的な処置）                                                           |

## 6. 営業日時

|          |                                                               |
|----------|---------------------------------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日・水曜日・金曜日<br>ただし、年末年始（12月30日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間     | 午前7時50分から午後4時50分まで                                            |
| サービス提供時間 | 午前9時00分から午後4時00分までの内、3～5時間まで                                  |

## 7. 従業者の職種、員数及び職務の内容

| 従業者の職種    | 常勤 | 非常勤 | 職務の内容              |
|-----------|----|-----|--------------------|
| 管理者       | 1名 |     | 職員の管理及び業務の管理       |
| 生活相談員     | 1名 |     | ご利用者の相談援助業務        |
| 看護職員      | 1名 | 1名  | ご利用者の健康状態のチェック     |
| 介護職員（従事者） | 6名 | 3名  | ご利用者のトレーニング、食事等の援助 |
| 機能訓練指導員   | 1名 |     | ご利用者の個別機能訓練担当      |

## 8. 利用料等

### （1）通所型サービス（活動型デイサービス）の利用料

#### 【基本部分】

| 利用者の<br>要介護度等                        | 利用回数          | 基本利用料  | 利用者負担<br>（1割） | 利用者負担<br>（2割） | 利用者負担<br>（3割） |
|--------------------------------------|---------------|--------|---------------|---------------|---------------|
| 要支援1・2<br>、基本チェック<br>リストによる事<br>業対象者 | 週1回程度<br>（半日） | 2,999円 | 約299円         | 約599円         | 約899円         |
|                                      | 週1回程度<br>（全日） | 3,302円 | 約330円         | 約660円         | 約990円         |

### （2）その他の費用

|         |           |
|---------|-----------|
| 連絡帳     | 一冊あたり500円 |
| 食費      | 一食あたり800円 |
| おやつ     | 一食あたり200円 |
| 歯ブラシ    | 一本あたり150円 |
| リハビリパンツ | 一枚あたり100円 |
| パッド     | 一枚あたり50円  |

### (3) 支払い方法

上記(1)利用料及び(2)その他の費用は、1ヶ月ごとにまとめて請求します。

お支払方法に関しては、原則口座引き落としとさせていただきます。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、発行します。

(4) 昼食代・おやつ代中止の申し出は、前日24時までを原則とし、それ以後は料金が発生し自己負担頂きます。

## 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体の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の措置を講じます。
- ・病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

## 10. 事故発生時の対応

- ・通所型サービス（活動型デイサービス）の提供により事故が発生した場合は、速やかに家族、地域包括支援センター（又は指定介護予防支援事業者）および草津市に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・通所型サービス（活動型デイサービス）の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

## 11. 非常災害対策

- ・非常災害に備え、常日頃からできうる限り迅速に対応するものとする。  
緊急時対応マニュアルを遵守し、対応するものとする。  
常日頃から、緊急時に備えたマニュアルの整備を怠らないこととする。  
また、消防設備点検、消防訓練等においても定期開催することとする。

## 12. 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 | 担当者：施設長 清水 友祐      生活相談員 生田 真実 |
|         | ご利用時間：月曜日～土曜日までの午前9時～午後4時50分   |
|         | 電話番号：077-569-5672              |

(2) 行政機関その他の苦情相談窓口

| 苦情受付機関 | 所在地 | 電話番号 |
|--------|-----|------|
|--------|-----|------|

|                         |                |              |
|-------------------------|----------------|--------------|
| 草津市健康福祉部介護保険課           | 草津市草津三丁目13番30号 | 077-561-2369 |
| 滋賀県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 | 大津市中央四丁目5番9号   | 077-552-2651 |

### 1 3. 秘密保持

- ・事業者及びその職員は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を保持する。この守秘義務は、契約が終了した後も継続するものとする。但し、利用者に医療上、緊急の必要がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身の情報を提供できるものとする。

### 1 4. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- ・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。
- ・他の利用者のご迷惑になるような行為は慎むようお願いします。
- ・体調不良等によりサービスを利用できなくなった際は、できる限り早めに当事業所へご連絡ください。
- ・喫煙スペースは設けておりません。全面禁煙となります。
- ・お迎え（施設到着前）、お送り時（ご自宅到着前）の送迎車内において、送迎担当職員がお声掛けさせていただき、シートベルトは必ず装着したままでお願い致します。

※乗車中にシートベルトを外される行為を当施設職員が発見した場合は、お声掛けさせていただくとともに、関係機関（ご家族様、ケアマネージャー様）へもご連絡させていただきます。

シートベルト装着をお守りいただけない場合は、利用契約書第六章三項の規程に則り、当所からご利用をお断りさせていただく場合がございます。

以上

事業者は、本書面に基つき重要事項を説明しました。

年 月 日

|     |       |                  |   |
|-----|-------|------------------|---|
| 事業者 | 所在地   | 滋賀県草津市野村7丁目17-11 |   |
|     | 事業者名  | 株式会社日本シューター      |   |
|     |       | デイサービス暖団草津       |   |
|     | 施設長   | 清水 友祐            | 印 |
|     | 生活相談員 | 生田 真実            | 印 |

私は、事業者より本書面に基つき重要事項の説明を受けました。

年 月 日

|    |    |   |
|----|----|---|
| 本人 | 住所 |   |
|    | 氏名 | 印 |

本人代理人

|        |   |
|--------|---|
| 住所     |   |
| 本人との続柄 |   |
| 氏名     | 印 |

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 立会人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |