

重要事項説明書

指定介護予防・日常生活支援総合事業

通所型サービスA 緩和した基準によるサービス

介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービスA 緩和した基準によるサービス）（以下、総合事業）の提供開始にあたり、厚生省令に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

法人の名称	医療法人のぞみ
主たる事務所の所在地	徳島県吉野川市山川町祇園41番地5
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 居村 剛
電話番号	0883(42)6616

2. ご利用施設

施設の名称	生活支援サービスのぞみ
施設の所在地	徳島県吉野川市山川町前川150番地1
指定番号	36A1700018
管理者の氏名	藤川 浩司
電話番号	0883(36)1666
ファクシミリ番号	0883(42)7771

3. 施設の目的と運営の方針

〔事業の目的〕

要支援者等に対して生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの環境へのアプローチも含めた自立支援に資する取組を推進します。また、効果的かつ効率的な日常生活上の支援等を提供することを目的とします。

〔運営の方針〕

事業所の従業員は、要支援状態又は事業対象者と認定された利用者に対し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービス提供機関と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 事業所の職員体制

管理者（兼務） 1名
生活相談員（兼務） 1名
従業者（兼務） 1名

5. 利用定員

定員 15名

6. 通常の実施地域

吉野川市

7. 営業日及び営業時間

営業日 火曜日・金曜日（但し、12/30～1/3を除く）
営業時間 午前10時～午後3時

8. 総合事業の内容

総合事業は、管理者、生活相談員、従業者等により作成される介護予防通所事業計画書に基づいて、運動機能向上サービス及び送迎、入浴、食事の提供等を行います。

※また、利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了承を得ることとします。

9. 利用料等

（1）総合事業を提供した場合の利用料の額は、市町村が定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、その1割の額とします。

※利用料金表参照

（2）支払い方法は当月分の請求書を翌月10日以降に発行しますので、翌々月5日（金融機関が休みの場合は翌営業日）までに口座振替又は振込にてお支払いください。その場合、口座振替又は振込明細書をもって領収書の発行に代えさせていただきます。

10. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記連絡先までお気軽にご相談ください。

・苦情相談窓口

電話番号 0883-36-1666
FAX 番号 0883-42-7771

担当者 藤川 浩司

対応時間 午前9時～午後5時

※その他各市町村（保険者）及び公的団体において苦情等の申し出ができます。

吉野川市

介護保険担当課 所在地 吉野川市鴨島町鴨島115番1号

電話番号 0883-22-2264

FAX番号 0883-22-2260

対応時間 午前9時～午後5時

1 1. 非常災害時の対策

災害時は、同一敷地内にある施設の消防計画に基づいて対応します。情報把握に努めるとともに、利用者の安全を確保するための対応を行います。

1 2. ご利用の際にご留意いただく事項

施設内の設備、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等が生じた場合、弁償していただくことがあります。

- ・全館禁煙となっております。
- ・所持品の管理は自己管理とさせていただきます。
- ・事業所内での他の利用者様に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ・動物飼育 事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

1 3. 緊急時の対応

事業者は、サービス提供中にご利用様の病状の急変等が生じた場合、その他必要な場合は、速やかにご家族様や介護支援専門員もしくは主治医に連絡し、必要な措置を講じます。

医療法人のぞみ
介護予防・日常生活支援総合事業所のぞみ
通所型サービスA 緩和した基準によるサービス料金表

介護保険対象料金のうち、自己負担分（1割負担の場合）

・ 通所型サービス費	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で5回以上	1,482円（1月につき）
	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	340円（1回につき）
	要支援2 ※1月の中で全部で9回以上	3,039円（1月につき）
	要支援2 ※1月の中で全部で5～8回まで	350円（1回につき）
・ 運動機能向上加算		225円（1月につき）
・ 栄養改善加算		150円（1月につき）
・ 口腔機能向上加算		150円（1月につき）
・ 選択的サービス実施加算		480円（1月につき）
・ サービス提供体制強化加算	事業対象者・要支援1 要支援2	72円（1月につき） 144円（1月につき）
・ 介護職員処遇改善加算		所定単位数の40/1000
・ 食費		660円（1食）

説明年月日

令和 年 月 日

[]様に対して、重要事項説明書に基づいて、説明しました。

事業者名 医療法人のぞみ

所在地 徳島県吉野川市山川町祇園 4 1 番地 5

代表者名 理事長 居村 剛 印

説明者氏名 印

私は、上記事業者から重要事項の説明を受けました。

署名 印