

**地域密着型通所介護
介護予防・日常生活支援総合事業
重要事項説明書**

1. 法人概要

名称	ソフィアメディ株式会社
代表者名	代表取締役 伊藤 綾
所在地・連絡先	住所 東京都港区芝浦3-1-1 電話 03-6665-8887
業 務 概 要	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイサービスの運営 【大田区】:ソフィアメディデイサービス池上 【目黒区】:ソフィアメディデイサービス学大・自由が丘 【世田谷区】:ソフィアメディデイサービス経堂 ・ 訪問看護ステーションの運営 ・ 居宅介護支援事業所の運営 ・ 在宅医療サービス(訪問診療)業務支援 ・ 医療人材紹介 ・ 在宅医療、福祉サービス経営コンサルティング ・ 介護予防事業

2. 地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業者の概要

事業所名	ソフィアメディデイサービス池上
所在地・連絡先	住所:〒146-0062 東京都大田区池上2-8-10 オルタス1階 電話:03-3753-2393 FAX :03-3753-2394
営 業 日	月曜日～土曜日 (祝日も営業)
休 日	日曜日・12月30日～1月3日
営 業 時 間	8:30～17:30
事業所番号	1371106004
管理者	岡田 圭史
サービス実施地域	大田区
職員体制	管理者 1名 生活相談員 1名以上 看護師 1名以上 介護職員 2名以上 機能訓練指導員 1名以上 ※上記のうち2職種の兼務あり

3. 事業所の運営方針

従業員は、お客様の心身の特性を踏まえて、可能な限りご自宅において、その能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、心身の機能の維持回復を目指して支援いたします。また、サービスの実施に当たっては、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、関係行政機関、地域保健・医療・福祉機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。Dedication(貢献)とHospitality(厚遇)を理念に掲げ、熱意をもってスタッフ全員が、ご本人様、ご家族様のためにサービスを提供していきます。

4. 営業時間・営業日

月曜日 ～ 土曜日 8:30 ～ 17:30 (祝日も営業)

* 日曜、年末年始(12/30～1/3)は休業します

5. 料金

介護保険の適用がある場合は、原則としてお客様の所得に応じ、料金表の利用料金の1割、2割、3割のいずれかがお客様の負担額となります。また、介護保険の限度額を超えての利用分においては、全額お客様の負担となります。利用料金については「ソフィアデイサービス学大利料金表」をご参照ください。

1) 個別機能訓練加算 I・II (要介護の方: Iは1回につき、IIは1月につき)

機能訓練指導員を配置し、お客様の心身状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善又はその減退を予防するのに必要な訓練の計画を立てるにあたり、加算させていただきます。

2) ADL維持等加算 I・II (すべての方:1月につき)

ADLは「Activities of Daily Living」の頭文字をとったもので、日常生活を送るための必要最低限の動作という意味になります。このADLを維持していただくための定期的な評価を行うにあたり、料金表記載の料金を加算させていただきます。

3) 科学的介護推進体制加算 I (すべての方:1月につき)

入所者・利用者ごとの心身の状況等を厚生労働省に提出しフィードバックを貰う事で、適切な個別機能訓練計画の作成や当該計画に基づいたリハビリの実施を行うにあたり、料金表記載の料金を加算させていただきます。

4) サービス提供体制強化加算 (要介護の方:1回につき、要支援の方:1月につき)

下記の厚生労働大臣が定める基準を満たし届出をしている通所介護事業所の場合、1回あたりの基本料金に加算させていただきます。

※厚生労働大臣が定める基準

サービス提供体制強化加算 I : 介護職員総数のうち、介護福祉士が70%以上配置されている

サービス提供体制強化加算 II : 介護職員総数のうち、介護福祉士が50%以上配置され

5) 介護職員処遇改善加算 I

介護職員の雇用に関し厚生労働大臣が定める基準を満たし届出をしている通所介護事業所の場合、ひと月の総利用単位の一定割合分を加算させていただきます。

6) 口腔機能向上加算 (要介護の方:1月につき2回、要支援の方:1月につき1回)

口腔機能の改善及び維持介護度の悪化防止に必要な計画を立てるにあたり、加算させていただきます。

6. 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

① 請求について

- 1) 利用料、その他の費用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。
- 2) 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までにお客様宛にお届けします。ただし、請求額のない月はお届けいたしません。

② 支払いについて

- 1) 請求書を受け取られましたら、利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の月末までに、お客様の指定された口座へお振り込み下さい。
- 2) お支払いを確認しましたら、領収書をお渡します。必ず保管をお願いいたします。

7. キャンセル

利用予定時間の前に、お客様の都合により地域密着型通所介護サービス又は、介護予防・日常生活支援総合事業サービス(以下「サービス」)の利用を中止又は変更することができます。

その際は、サービスの実施前日の17時00分までに事業者申し出て下さい。その時間以降のキャンセルにつきましては、キャンセル料(昼食代等実費ご負担分)を請求させていただきます。

8. 契約及び解約について

1) 契約の更新及び終了

- 1 契約期間は、契約締結の日からお客様の要介護認定有効期間満了の日までとします。ただし、契約期間満了日以前に、お客様が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が変更された場合には、変更後の要介護認定有効期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。
- 2 契約期間中に以下のような事項に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了します。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A) お客様が介護保険施設に入所された場合B) お客様が特定施設入所者生活介護受給を開始された場合C) お客様が身体障害者療護施設等、介護保険被保険者としての資格を失う施設へ入所された場合D) 要介護認定等により、お客様の心身の状況が自立と判定された場合E) お客様が当事業所の営業が出来ないほど遠くへ移転された場合F) 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖、もしくはサービスの提供を正常に行えない状況に陥った場合G) 事業者が介護保険事業者としての指定を取り消し又は指定を辞退した場合H) お客様がお亡くなりになった場合I) お客様から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下「2」を参照)J) 事業者からの契約解除を申し出た場合(詳細は以下「3」を参照) |
|--|

2) お客様からの契約解除について

- 1 お客様は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解約することができます。
- 2 お客様の病変、急な入院等、やむを得ない事情がある場合や、契約を継続しがたい不当な行為を事業所が行った場合は、通知により予告期間なくこの契約を解除することができます。(詳細は以下を参照)

- A) 事業者が正当な理由なしにサービスの提供を行わない場合
- B) 事業者が守秘義務に反した場合
- C) 事業所の従業者等が故意又は過失によりお客様、もしくはその家族の身体、財物、信用等を傷つけ、または著しい不正行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- D) お客様が緊急に入院された場合

3 前項①②について契約解除は無料です。但し、それ以外の手続き、または理由により解約を希望される場合は解約日までのサービス利用料を支払うことにより、直ちにこの契約を解約できます。

3) 事業者からの契約解約について

- 1 当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事情がある場合、お客様に対して30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。この場合、当事業所はお客様の心身の状況、置かれている環境等を勘案し必要な手続き及び援助を行い、他事業所からの介護保険サービスが速やかに利用できるよう支援します。
- 2 次の場合には、30日間以上の予告期間なしに、この契約を解除することができます。

- A) お客様がこの契約に定める利用料金等の支払いを3か月以上滞納し文書による支払い督促を行ったにもかかわらず、督促の日から14日以内にその支払いがなかった場合。その場合、契約解除後であっても未払い分をお支払い頂くことになります。
- B) お客様もしくはご家族による契約を継続しがたいほどの重大な行為により円滑なサービスが提供できなくなる場合
- C) お客様がなんらかの理由により、1か月以上利用がなかった場合
(事前に1か月以上利用がないとわかっている場合も同様)

9. 緊急時の対応について

サービス提供中に病変・事故等緊急の事態が発生した場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 1 お客様がけがをされた場合、けがの状態、現場状況等を確認し、状態に応じて、救急隊、主治医、居宅支援事業者等へ連絡し、必要な対処をいたします。
- 2 お客様の所有する物に破損・汚損等が発生した場合、破損によるお客様のけがの状況、破損物の状況や程度を確認し、追って破損物の写真撮影等にお伺いし、必要な対処をいたします。

10. 個人情報の取扱いについて

- 1) 事業者及び事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得たお客様及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
- 2) 事業者は、お客様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、お客様の個人情報を用いません。また、お客様のご家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議でお客様のご家族の個人情報を用いません。
- 3) 事業者は、お客様及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。
- 4) 介護保険法に関する法令に従い、事業者がお客様の通所サービス計画に基づくサービスを円滑かつ一体的に実施する為、サービス担当者会議等で、お客様もしくはそのご家族の情報を各サービス担当者と共有します。また、認定調査等の資料についても閲覧もしくは写しを頂きます。

11. 事業者の責務について

- 1 サービスの提供内容の記録について
お客様に提供したサービス提供の記録は、お客様の要介護認定等の満了日から2年間(総合事業においては5年間)保管します。記録については、お客様又はそのご家族に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。
- 2 賠償責任について
当事業所の責任において、お客様の生命・身体・財産などを傷つけた場合、事業所はお客様に損害保険に基づいてその損害を賠償いたします。

加入保険:居宅介護事業者賠償責任保険【取扱:東京海上日動火災保険(株)】

12. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当社でのサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で対応いたします。また、受付時間外の時間については、留守番電話にて用件をお伺いし、後日早急に対応いたします。

ソフィアメディデイサービス池上	ソフィアメディ株式会社 本社
TEL : 03-3753-2393	TEL : 03-6665-8887
FAX : 03-3757-2394	FAX : 03-6665-8277
窓口 : 管理者 岡田 圭史	E-Mail: soudan@ml.sophiamedi.co.jp
	窓口 : お客様相談窓口

＜円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順＞

1 状況確認以下の事項をできるだけ早い段階で確認する。

- ・いつ、どのような状況で苦情となったのか
- ・原因は何か
- ・苦情をおっしゃっている方とお客様の関係
- ・お客様が望む解決策(具体案がある場合)

②対応方法

A)即時に判断・改善できる事はその場で対応し必ず苦情発生の実態とその対応内容について

苦情受付→管理者→上長に報告を行う。

B)その場で対応できない場合には曖昧な返答はせず、管理者→上長に報告し対策を協議した上、最優先で対応する。この場合にも、できる限り当日、遅くとも翌日には何らかの形でお客様、ご家族に回答する。

C)管理者または上長がお詫びに訪問する。

③検討会の開催

社内で原因究明、今後の防止策を協議・周知して、再発防止に努める

④解決困難な場合

各保険者又は国民健康保険団体連合会と連携を図る

■ 次の公的機関においても、相談ができます。

□ お住まいの区の高齢福祉に関する相談窓口

・大田区 総合窓口 介護保険課 介護サービス担当 TEL :03-5744-1655 受付時間:午前9時より午後5時まで (土・日・祝祭日を除く)	東京都国民健康保険団体連合会 [9:00~17:00] 東京都千代田区飯田橋三丁目5番1号 東京区政会館10階 TEL :03-6238-0177 受付時間:午前9時より午後5時まで (土・日・祝祭日を除く)
--	--

13. 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待(疑わしい場合を含む)の防止等のために、以下の対策を講じる。

- (1)虐待の防止に関する責任者及び担当者を選定する。
- (2)虐待の防止のための指針を整備する。
- (3)虐待の防止のための対策を検討する委員会(虐待防止検討委員会)を定期的に開催するとともにその結果について、従業員に周知徹底を図る。
- (4)研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努める。
- (5)サービスの提供中に、介護保険施設又は養護者(家族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを区市町村にする。

14. 第三者評価の実施状況

第三者評価実施の有無	無
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

15. お客様へのお願い

介護保険被保険者証の区分変更や更新があった場合には、コピーを一部ご提出いただきますようお願いいたします。

また、「介護保険負担割合証」の負担割合が変更になった場合に、ご提示又はコピーを一部ご提出いただくことがございますので、ご協力をお願いいたします。

年 月 日

サービスの締結にあたり、重要事項を説明しました。

事業者 所在地 東京都大田区池上2-8-10 オルタス1階
名 称 ソフィアメディデイサービス池上

説明者 _____

サービス契約の締結にあたり、説明を受け、同意しました。

お客様 ご住所 _____

お名前 _____

代理人 ご住所 _____

お名前 _____ お客様との続柄()