

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業

社会福祉法人 大協会

ハートフルふしおデイサービスセンター

重要事項説明書

No.

契約者

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業 重要事項説明書

社会福祉法人 大協会
ハートフルふしおデイサービスセンター

当事業所は介護保険の指定を受けています。
通所介護(大阪府指定 第2772500290号)

当事業所は、ご利用者に対して提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意くださいことを、次のとおり説明します。

～目次～

1. 事業者及び事業所の概要	2
2. 職員の配置	2
3. 第1号通所事業の概要	3
4. 第1号通所事業サービスにおいて提供するサービスと利用料金	3
5. サービス利用料金のお支払い等について	5
6. サービス利用に関する留意事項	6
7. 秘密の保持と個人情報の保護について	8
8. 契約の終了について	8
9. 苦情の受付について	9
10. 非常災害対策について	10

1. 事業者及び事業所の概要

(1)事業者

法人名 社会福祉法人 大協会
所在地 大阪府池田市伏尾町 12 番地の 1
電話番号 (072)754-2901
設立年月日 平成 3 年 3 月 30 日

(2)事業所の概要

名称 / 種類 ハートフルふしおでいサービスセンター / 第 1 号通所事業
所在地 大阪府池田市伏尾町 12 番地の 1
電話番号 (072)754-2901
管理者 施設長 中田 雅夫
設立年月日 平成 4 年 4 月 1 日
通常の事業実施地域 池田市 川西市

営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日(祝日も営業)
休業日	日曜日 及び 12 月 30 日～1 月 3 日
相談・受付時間	8:30～18:00
サービス提供時間	9:30～17:00

(3)利用定員

25 名 (通常型併設通所介護)

2. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して「指定通所介護サービス」及び「第 1 号通所事業サービス」を提供する職員として、次の職員を配置しています。

〈職員の配置状況〉 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

(1) 管理者 1 名

事業所と従業員の管理及び業務の管理を一元化に行うとともに、法令等において規程されている指定通所介護の実施に関し尊重すべき事項において指揮命令を行う。また、管理者は、それぞれの利用者に応じて通所介護計画を作成し、利用者又はその家族に対し、その内容等について説明を行うものとする。

(2) 生活相談員 2名 (常勤2名)

利用者の相談や利用計画、日程プログラム等のサービス調整を行う。

(3) 介護職員 5名 (常勤1名 非常勤4名)

利用者の日常生活の支援をし、特に入浴、送迎等の支援を行う。

(4) 看護職員 3名 (非常勤3名)

利用者の健康管理、医療との連携支援を行う。

(5) 機能訓練指導員 (非常勤3名)

要介護・要支援状態の軽減又は、悪化防止の為に機能訓練を行う。

〈職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
相談員	勤務時間 8:30～17:00 9:30～18:00
介護職員	勤務時間 8:30～17:00 9:30～18:00
看護職員	勤務時間 9:00～17:30 10:00～16:00
機能訓練指導員	勤務時間 9:00～17:30
運転手	勤務時間 8:15～10:30 16:15～18:00
管理栄養士	勤務時間 9:00～17:30
歯科衛生士	勤務時間 8:30～17:00 9:30～18:00

3. 第1号通所事業サービスの概要

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、利用者の心身の状態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・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態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ため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 第1号通所事業サービスにおいて提供するサービスと利用料金

当事業所では、第1号通所事業において、利用者に対して、次のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|--------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合 |

があります。

(1)介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第6条、第8条参照)

次のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

☆選択的サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や、実施日、実施内容等については、介護予防サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで介護予防通所介護計画書に定めます。

〈サービスの概要〉

- ① 食事…当事業所では栄養士(管理栄養士)の立てる献立により、栄養並びに利用者の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ② 入浴…利用者の身体状況によっては中止する場合があります。
- ③ 排泄…利用者の排泄の介助を行います。
- ④ 送迎…利用者の選択により行います。

〈サービスの利用頻度〉

利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画書に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。

但し、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

〈サービス利用料金(1月あたり)〉(契約書第6条参照)

① 施設利用料

介護保険制度では、ご利用者の要支援度の程度によって料金が異なります。

(尚、ご利用者の負担割合に応じた額を頂きます。)

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、2割又は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1号通所事業の利用料・・・基本部分、加算、減算の合計の額となります。

【基本部分：第1号通所事業】

利用者の要介護度	基本利用料	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	18,950円(1月につき) (1月の中で4回以上のサービス)	1,895円	3,790円	5,685円
事業対象者 要支援2	38,165円(1月につき) (1月の中で8回以上のサービス)	3,817円	7,633円	11,450円

(注1) 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は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。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。

【加算：第1号通所事業】

以下の要件を満たす場合、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	加算の要件(概要)	加算額			
		基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
生活機能向上 グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	1,054円	106円	211円	318円
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練を行った場合	2,371円	238円	475円	714円
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	1,581円	159円	317円	477円
口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合	1,581円	159円	317円	477円
選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合	5,059円	506円	1,012円	1,518円
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ		7,378円	738円	1,476円	2,214円

事業所評価加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	1, 264 円	127円	253円	381円	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	要支援1	928円	93円	186円	278円
		要支援2	1,855円	185円	371円	556円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ		要支援1	505円	51円	101円	153円
		要支援2	1,011円	102円	203円	306円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		要支援1	252円	26円	51円	78円
		要支援2	505円	51円	101円	153円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	9.2%				

(2)介護保険の給付の対象とならないサービス

次のサービスについては、利用料金の全額が、利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 介護保険給付の支給限度額を越えるサービス

介護保険給付の限度額を超えるサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額をご負担いただきます。

② 食事の材料の提供(食材費)

利用者に提供する食事の材料等に係る費用です。

料金：700円(おやつ代100円含む)

(利用日当日、午前10時30分以降に体調不良などによる早退時の昼食欠食時には、キャンセル料として500円徴収させていただきます)

③ 通常の事業実施区域(池田市)外の送迎費用。

(利用料金：事業所から片道 10キロメートル未満 1000円)

(: 事業所から片道 10キロメートル以上 2000円)

④ 複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。(1枚につき10円)

⑤ 日常生活上必要となる諸費用・実費

日常生活の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご負担いただくことが適当であるものに係る費用については、実費をご負担いただきます。

5. サービス利用料金のお支払い等について

(1) 利用料金のお支払い(契約書第5条参照)

第1号通所事業サービスの利用料金・費用は1ヶ月ごとに計算し請求しますので、次の方法でお支払いください。

(1) 第1号通所事業の給付の対象となるサービス分

- 金融機関口座から自動引落としとします。(毎月27日)
- 所定の申込書にて振替手続きを行っていただきます。
- 領収書はお支払いを確認後、翌月の請求書とともに送付いたします。

(2) 第1号通所事業の給付の対象とならないサービス分

- サービスの利用終了時に、その都度お支払いください。

(2) サービス利用料金に関する留意事項(契約書第6条参照)

- 第1号通所事業の給付の対象となるサービスの利用料金については、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。
- 但し、ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合、または居宅サービス計画が作成されない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、または、居宅サービス計画が作成された後、自己負担額を除く金額が、介護保険から払い戻されます(償還払い)。
- 償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス証明書」を発行します。
- 介護保険の給付の対象外のサービスの利用料金について、所定の料金体系に基づいた利用料金を、お支払いいただきます。
- 第1号通所事業サービスからの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。
- 経済状況の著しい変化その他止むを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。

(3) サービス利用の中止、変更、追加 (契約書第3条・第4条 参照)

- 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更することができます。この場合には、サービス利用予定の前日までに、必ず事業所にお申し出ください。
- 月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- 契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は介護予防通所介護計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。
- 契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介

護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請の援助等必要な支援を行います。

○月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険所管内での転居等により事業所を変更した場合

○月途中で要支援が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

○サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼動状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. サービス利用に関する留意事項

(1) 利用者の守るべき事項

利用者は、各自の尊厳を認め、その思想を尊重しあうものとし、利用者同士相互に本施設の秩序や風紀を乱したり、他人に迷惑となる行為をしないでください。

- 日課に従い、規則正しい生活を送る。
- 医師の指示に従うとともに、薬は正しく服用する。
- 飲酒は禁止します。
- たばこは決められた場所で喫煙してください。

(2) 緊急時における対応について

サービスの提供を行っているときに、利用者に症状の変化その他緊急事態が生じたときは、ホームの医師または看護職員もしくは主治医またはあらかじめ定めた協力医療機関と連携して、必要な措置を講ずるものとします。

(3) 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った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、損害賠償を速やかにおこないます。

(4) 緊急止むを得ず身体拘束等を行う手続き

介護予防通所介護サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急止むを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。

1. 前項の身体拘束等を行う場合には、次の手続きにより行う。

- (1)「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急止むを得なかった理由を記録する。
- (2)利用者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討する。
- 2.利用者に対する介護予防通所介護サービス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う。

(5) 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のために、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

- 1. 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- 2. 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- 3. 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(6)持込みの制限

施設への利用にあたり、次のものを持込むことはできません。

※刃物・爆発物・有毒ガスを発生するもの等の危険物

※貴重品 ※動物

※その他のもの持込みについては、施設にお尋ねください。

(7)施設・設備の使用上の注意

- 居室及び共用施設、敷地を本来の用途・用法に従って利用してください。
- 故意にまたは僅かな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合は、契約者に自己負担により原状に回復していただくか、または相当の代償をお支払いいただく場合があります。
- 利用者に対するサービスの実施または安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、必要な措置をとることができるものとします。その場合には、利用者のプライバシー等の保護について、十分な配慮をするものとします。
- サービス従事者、当事業所の職員または他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

7. 秘密保持と個人情報の保護について(契約書第 12 条 参照)

(1)利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその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。
(2)個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、

	<p>利用者の個人情報を用いません。</p> <p>事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、最良な管理者の注意をもって管理し、または処分の際も第三者への漏洩を防止するものとします。</p>
--	--

8. 契約の終了について(契約書第 16 条参照)

利用者及び契約者は、次の各号のいずれかに基づく契約の終了がない限り、本契約に定めるところに従い、事業者が提供するサービスを利用することができるものとします。

<p>(1)利用者が死亡した場合。</p> <p>(2)要介護認定又は要支援認定により、利用者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合。</p> <p>(3)事業所が解散命令を受けた場合または破産宣告を受けた場合もしくは止むを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。</p> <p>(4)施設の滅失または重大な毀損によりサービスの提供が不可能になった場合。</p> <p>(5)当施設が介護保険の指定を取り消された場合または辞退した場合。</p> <p>(6)契約者から解約の申し出があった場合(詳細は下記をご参照ください)。</p> <p>(7)事業者から解約の申し出があった場合(詳細は下記をご参照ください)。</p>
--

(1)契約者からの申し出(中途解約・契約解除)(契約書第 10 条参照)

契約の通行期間であっても、契約者から、契約を解除することができます。その場合には、契約を終了する日の 7 日前までにお申し出ください。

但し、次の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

<p>(1)介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合</p> <p>(2)利用者が入院された場合。</p> <p>(3)利用者の介護予防サービス計画(ケアプラン)が変更された場合</p> <p>(4)事業者またはサービス従事者が、正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合。</p> <p>(5)事業者またはサービス従事者が、守秘義務に違反した場合。</p> <p>(6)事業者またはサービス従事者が、故意または過失により、契約者または利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、著しい不信行為をした場合、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。</p> <p>(7)他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合または傷つける恐</p>

れがある場合において、適切な措置対応をとらない場合。

(2)事業者からの申し出による場合(契約解除)(契約書第9条参照)

次の事項に該当する場合には、契約を解除することがあります。

- (1)契約者が、契約締結時に利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げずまたは不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (2)契約者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合。
- (3)利用者が、故意または重大な過失により、事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (4)利用者の行動が、サービス従事者または他の利用者等の生命・身体・健康等に重大な影響を及ぼす恐れがある場合、または利用者が重大な自傷行為を繰り返す場合等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (5)サービス利用の中止・変更の申し入れについて、事業者から再三の要請にもかかわらず無断での中止が繰り返され、その結果本契約を継続しがたい重大な事情が認められた場合。

9. 苦情の受付について(契約書第13条参照)

(1)苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情責任者	施設長 中田 雅夫
苦情受付窓口	事業次長 和田 健次郎
第三者委員	秦 孝雄 花田 義信
受付時間	毎週月曜日～金曜日 9時00分～17時30分 毎週土曜日 9時00分～12時45分
電話番号	072-754-2901
上記営業日、営業時間以外についても、併設する介護老人福祉施設の日直者等が対応し、担当者に引き継ぎます。又、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

池田市役所 福祉部 介護保険課	所在地	〒563-8666 大阪府池田市城南 1-1-1
	電話番号	072-(754)-6256
	受付時間	9時～17時

大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情係	所在地	〒540-0028 大阪市中央区常磐町 1-3-8
	電話番号	06-6949-5418
	FAX	06-6949-5417

(3)解決の手順

苦情解決のための責任体制の明確化を図る

(1)苦情受付担当者としては、職員すべてが担当者との自覚の上で、事業所全体に広く目配りを行い、利用者が苦情の申し出をしやすい環境づくりに努める。

(2)苦情受付担当者の職務

①利用者からの苦情を随時受け付ける。なお、第三者委員も直接受け付けることができる。

②苦情受付担当者は、利用者からの苦情受け付けに際しては、次の内容を書面に記録の上、内容について苦情申出者に確認を行う。

ア. 苦情の内容

イ. 苦情申出者への報告への可否

ウ. 第三者委員への報告への可否

エ. 苦情申出者と苦情解決責任者の話し合いへの第三者委員の助言又は立合いの可否。なお、上記ウ、エが不要の場合は、苦情申出人及び第三者委員に報告を行う。

③苦情確認のため、利用者等と直接関係した職員に状況聴取を行う等、必要な状況把握。

④受け付けた苦情は、すべて苦情解決責任者及び第三者委員に報告を行う。

⑤投書など匿名の苦情については、第三者委員に報告の上、必要な対応を行う。

10. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

令和 年 月 日

事業所は利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を
しました。

ハートフルふしおデイサービスセンター

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

私は、事業者より本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、同意しました。

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

ご家族 住所 _____

氏名 _____