

介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防型通所サービス

重要事項説明書

社会福祉法人 大協会

No.

契約者

「重要事項説明書」

社会福祉法人 大協会

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2774100305号)

当事業所は、ご利用者に対して「介護予防型通所サービス」を提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを、次のとおり説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として、「要支援」と認定された方が対象となります。
要支援認定をまだ受けていない方でも、サービスの利用は可能です。

～目次～

1. 事業者及び事業所の概要	2
2. 職員の配置	2
3. 通所介護の概要	3
4. 第1号通所事業において提供するサービスと利用料金	4
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

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 社会福祉法人大協会ハートフルかのうデイサービスセンター
/介護予防型通所サービス
指定年月日 平成 29 年 4 月 1 日 大阪府第 2774100305 号
所在地 大阪市北区長柄中 1 丁目 1 番地 21 号
電話番号 (06)6354-1108
管理者 白石 康高
設立年月日 平成 11 年 3 月 1 日
通常の実業実施地域 大阪市北区
営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
休業日	土曜日、日曜日、12/30～1/3
相談・受付時間	8:45～17:15
サービス提供時間	9:00～16:00

(3)利用定員

18名(地域密着型通所介護)

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「介護予防型通所サービス」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。

職種	配置人数	指定換算
1. 管理者	1名	1名
2. 相談員	1名	1名
3. 介護職員	3名	2名
4. 看護職員	1名	1名
5. 機能訓練指導員	1名	1名
6. 運転手	1名	

〈職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
相談員	勤務時間 8:45～17:15
介護職員	勤務時間 8:45～17:15
看護職員	勤務時間 8:45～17:15
機能訓練指導員	勤務時間 8:45～17:15
運転手	勤務時間 8:30～10:30

3. 介護予防型通所サービスの概要

介護予防型通所サービスは、要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された介護予防サービス計画書に基づき、当事業所をご利用いただき、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる生活相談員、看護職員、介護職員その他専ら介護予防通所介護の提供にあたる従事者の協議によって、介護予防型通所サービス計画が作成されますが、その際、契約者・利用者・扶養者(ご家族)の希望を十分取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくことになります。

4. 介護予防型通所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、介護予防型通所サービスにおいて、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、介護予防型通所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型通所サービス計画書に定めます。

〈サービスの概要〉

- ① 食事・・・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 健康チェック
- ⑤ 送迎・・・利用者の選択により行います

☆選択的サービス

①生活機能向上グループ活動加算

利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して日常生活上の支援を実施いたします。

1,介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

通所介護利用による所定単位数に 9.2%掛けた額の負担割合証に応じたご負担をいただきます

〈サービスの利用頻度〉

利用する曜日や内容等については、介護予防型通所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、介護予防型通所サービス計画に定めます。

但し、契約者の状態の変化、介護予防型通所サービス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〉(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。

1割負担の場合

1.サービス提供区分	要支援1 週1回のご利用	要支援2 週1回のご利用	要支援2 週2回のご利用
2.サービス利用料金	19,274 円	19,274 円	38,817 円
3.サービス利用に係る自己負担金(月額)	1,928 円	1,928 円	3,882 円

加算対象サービスの料金

1.加算対象サービスとサービス利用料金	生活機能向上グループ活動加算 1072 円	口腔機能向上加算 1608 円
2.サービス利用に係る自己負担額	108 円	160 円

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

通所介護利用により、1か月あたり以下の金額をご負担いただきます。

要支援1: 78 円/月 要支援2: 154 円/月

2割負担の場合

1.サービス提供区分	要支援1 週1回のご利用	要支援2 週1回のご利用	要支援2 週2回のご利用
2.サービス利用料金	19,274円	19,274円	38,817円
3.サービス利用に係る自己負担金(月額)	3,855円	3,855円	7,764円

加算対象サービスの料金

1.加算対象サービスとサービス利用料金	生活機能向上グループ活動加算 1,072円	口腔機能向上加算 1,608円
2.サービス利用に係る自己負担額	215円	320円

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

通所介護利用により、1か月あたり以下の金額をご負担いただきます。

要支援1：155円/月 要支援2：309円/月

3割負担の場合

1.サービス提供区分	要支援1 週1回のご利用	要支援2 週1回のご利用	要支援2 週2回のご利用
2.サービス利用料金	19,274円	19,274円	38,817円
3.サービス利用に係る自己負担金(月額)	5,783円	5,783円	11,646円

加算対象サービスの料金

1.加算対象サービスとサービス利用料金	生活機能向上グループ活動加算 1072円	口腔機能向上加算 1608円
2.サービス利用に係る自己負担額	322円	480円

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

通所介護利用により、1か月あたり以下の金額をご負担いただきます。

要支援1：232円/月 要支援2：463円/月

(2)介護保険の給付の対象とならないサービス(契約書第6条、第9条参照)

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。

① 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

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(おやつ代含む) 特別食 900円(おやつ代含む)

(利用日当日午前 9 時までに欠席のご連絡がない場合や来所された後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 700円・特別食 900円徴収させていただきます。)

③ 通常の事業実施区域外の送迎費用。

(10km 未満=1,000円・10km 以上=2,000円)

④ 日常生活上必要となる諸費用・実費

日常生活品の購入代金等、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 6 条参照)

介護予防型通所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。

<p>(1) 介護保険の給付の対象となるサービス分</p> <p>○ご指定口座より自動引き落としとします。(ご利用月の翌月 27 日)</p> <p>○領収書はお支払いを確認後、翌月ご利用分請求書と共に発行いたします。</p> <p>振込される場合</p> <p>りそな銀行 川西支店</p> <p>普通口座 0011556</p> <p>社会福祉法人 大協会 ハートフルかのうデイサービスセンター</p> <p>理事長 加納繁照</p> <p>(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス分</p> <p>○サービスの利用終了時に、その都度お支払いください。但し、食事代(キャンセル代)、日用品代については利用料金とあわせてお支払いいただきます。</p>

(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)

○介護保険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。
- 介護保険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5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、介護予防型通所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型通所サービス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、介護予防型通所サービス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、介護予防型通所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、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、 月途中からサービス利用を開始した場合(契約日)
 - 二、 月途中でサービス利用を終了した場合(契約解除日)
 - 三、 月途中に要介護から要支援に変更となった場合
 - 四、 月途中に要支援から要介護に変更となった場合
 - 五、 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
 - 六、 介護保険適用事業所にて短期入所施設介護を利用されている期間
- 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、事業所の稼働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(契約書第 10 条参照)

(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)不測の事態等の発生について

サービスの提供については、利用者の心身の状況に充分注意して行っていますが、サービスの性質上、転倒・骨折・誤嚥等の事故、無断外出等、予測できない事態の発生が起り得ます。

(3)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、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。

(4)事故発生時の賠償責任

利用者に対する介護予防型通所サービスの提供により、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、速やかに保険者、利用者の家族、介護予防支援事業者に連絡を行うと共に、その責任の範囲において損害賠償を速やかにおこないます。

(5)高齢者虐待防止法に基づく身体拘束等について

介護予防型通所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「緊急止むを得ない場合」かどうかについての判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で行う。
- ②利用者又は家族に身体拘束の内容、目的、時間、期間などを十分に説明し、理解を求める。またその他に方法がなかったか改善策を検討する
- ③「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態様及び時間、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。

(6)高齢者虐待防止について

事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 (施設長 白石 康高)

虐待防止に関する担当者 (生活相談員 西川 和美)

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ます。
5. 虐待の未然防止、早期発見のための対策を検討する委員会を設立します。
6. 虐待の未然防止、早期発見のための指針を作成します。
7. 虐待等が発生した場合は、迅速かつ適切な対応に努めます。

(7)業務継続計画の策定等

1. 感染症や災害に係る業務継続計画を策定します。
2. 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
3. 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

(8)感染症対策について

1. 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
2. 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
3. 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
4. 介護支援専門員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
5. 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

(9)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。

(10)施設・設備の使用上の注意(契約書第10条、第14条参照)

- 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

(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、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。 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。

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。

(1)利用者が死亡した場合。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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)。 (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)。

(1)契約者からの申し出(中途解約・契約解除)(契約書第 17 条、第 18 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。

- (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
- (2)利用者が入院された場合。
- (3)利用者の介護予防型通所サービス計画(ケアプラン)が変更された場合
- (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。
- (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。
- (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。
- (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 19 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3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

(1)当事業所における苦情の受付

- 苦情責任者 (管理者) 白石 康高
- 苦情担当者 (生活相談員) 西川 和美
- 受付時間 8:45～17:15
- 連絡先 住所 大阪市北区長柄中 1-1-21 電話 06-6354-1108
- 第三者委員会 長谷川眞哲

(2)行政機関その他苦情受付機関

北区保健福祉センター 地域保健福祉担当（介護保険）	所在地 大阪市北区扇町2丁目1番27号 電話番号 06-6313-9859
都島区保健福祉センター 地域保健福祉担当（介護保険）	所在地 大阪市都島区中野町2丁目16番20号 電話番号 06-6882-9859
大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	所在地 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 電話番号 (06)6949-5418
おおさか介護サービス 相談センター	所在地 大阪市天王寺区東高津町12番10号 大阪市立社会福祉センター308 電話番号 06-6766-3800
大阪府高齢者相談情報センター シルバー110番	所在地 大阪府吹田市山田北3番1号 電話番号 06-6875-0110
大阪府社会福祉研修情報センター	所在地 大阪市西成区出城2丁目5番20号 電話番号 06-4392-8181

(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、必要な状況把握を行う。
- ④受け付けた苦情は、すべて苦情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。

年 月 日

介護予防型通所サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき下記の職員より重要事項の説明を行いました。

ハートフルかのうデイサービスセンター

説明者職名 _____

氏名 _____

私たちは、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、介護予防型通所サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

(家族又は
後見人)

氏名 _____

利用者との関係 _____