

「淡路市介護予防・日常生活支援総合事業」重要事項説明書
～デイサービス～

当事業者は介護保険の指定を受けています。

第1号通所介護

(淡路市指定 第2871600967号)

当事業所は利用者様に対して指定介護予防通所介護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の内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 千鳥会 |
| (2) 法人所在地 | 兵庫県淡路市大町畑字丈尺597番地4 |
| (3) 電話番号 | (0799) 62-5100 |
| (4) 代表者氏名 | 吉村 秀樹 |
| (5) 設立年月日 | 平成4年4月1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|---------------|
| (1) 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 2階建 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 622.47㎡ |
| (3) 施設の周辺環境 | |

平成10年4月に開通した明石海峡大橋を渡れば、淡路島の中央に「金塊のまち」があります。旧国道に面した漁港があり、特産品のいかなご等の加工工場などが立ち並ぶ旧市街地です。

事業所の説明

- | | |
|------------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 淡路市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号通所介護（通所型サービス） |
| ・通所介護相当サービス | 平成30年4月1日指定 |
| ・緩和した基準による通所サービス | 平成29年4月1日指定 |
| | 淡路市2871600967号 |
| | ※当事業所は、以下の加算対象サービスを実施しています。 |
| ・アクティビティサービス | |
| (2) 事業所の名称 | 佐野デイサービスセンター |
| (3) 事業所の所在地 | 兵庫県淡路市佐野 893-3 |
| 交通機関 | 津名港より淡路交通 縦貫線乗車 佐野学校前下車 |

- (4) 電話番号及び FAX 番号 電話番号 (0799) 64-0500
FAX 番号 (0799) 64-0553
- (5) 事業所長（管理者）氏名 河本 賢一

当事業所の運営方針

- 居宅サービス計画に基づき、要支援者の心身の特性を踏まえて、入浴、排泄、食事の介護、相談及び援助、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理を行うことにより、利用者様が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にすることを旨とする。
- 利用者様の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
- 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村保険者、地域包括支援センター、他の介護保険事業所その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

- (6) 開設（サービス開始）年月日

淡路市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号通所介護（通所型サービス）
通所介護相当サービス・緩和した基準による通所サービス
平成29年 4月 1日～

- (7) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

- [指定通所介護事業所] 平成22年4月1日指定 兵庫県2871600967号

- (8) 通常の事業の実施地域 淡路市

- (9) 営業日及び営業時間

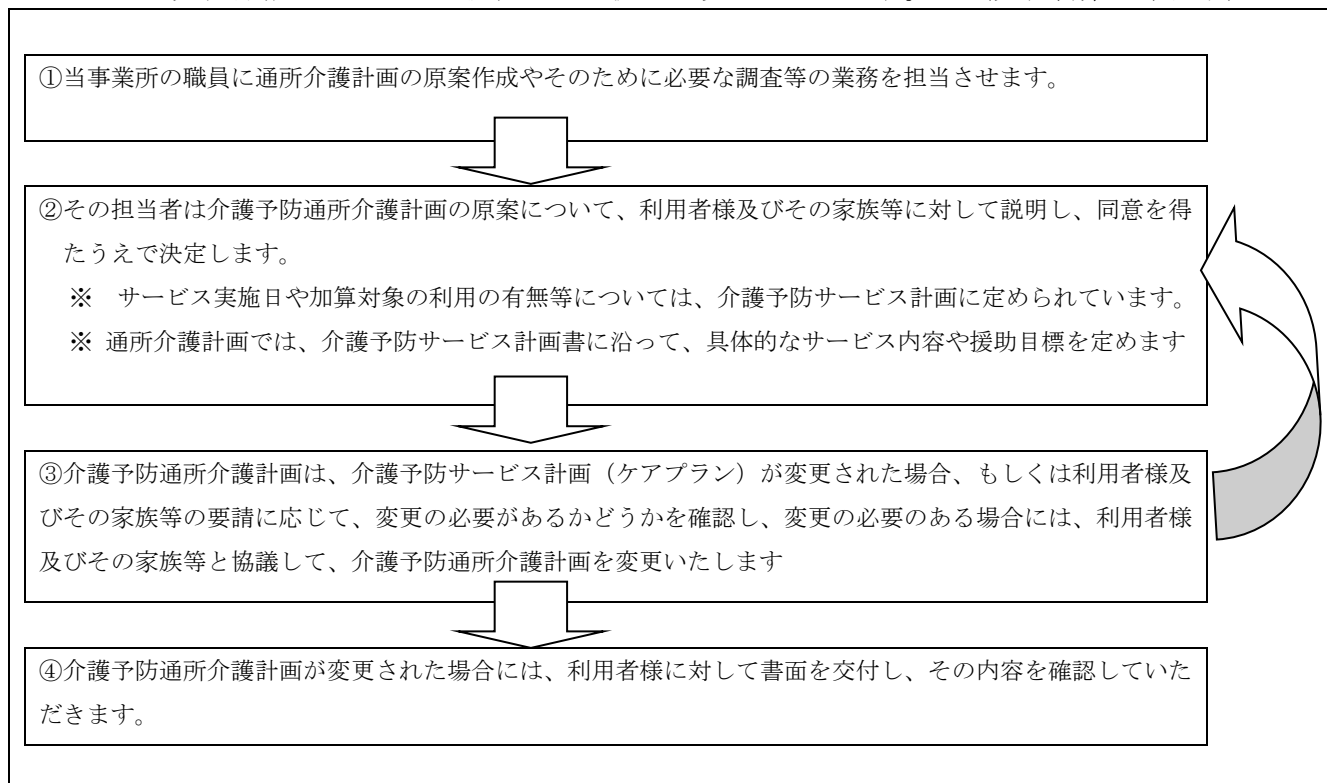
	介護予防通所介護
営業日	月～土 (1月1日、1月2日除く)
サービス 提供時間帯	月～土 10時00分～15時30分

- (10) 利用定員 淡路市介護予防・日常生活支援総合事業（通所介護と併せて） 25人

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) 利用者様に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がある場合には、それに沿って介護予防通所介護計画を作成します。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）



4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者様に対して指定介護予防通所介護サービス及び指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

○ 介護予防通所介護

職種	介護予防通所介護	
	配置人員	指定基準
1. 事業所長 (管理者)	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. 介護職員	3名以上	3名
4. 看護職員兼 機能訓練指導員	1名	1名

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務時間〉

職種	淡路市介護予防・日常生活支援総合事業	
1. 生活相談員	8：30～17：30	
2. 介護職員	8：30～17：30 ☆原則として職員1名あたり 利用者5名のお世話をいたします。	
3. 看護職員兼 機能訓練指導員	看護	8：30～17：30
	機能訓練	11：00～12：00 13：30～14：30

〈配置職員の職種〉

生活相談員	・・・常に利用者様の心身状況その置かれている環境等の把握に努め、利用者様または家族様の日常生活上の相談に応じます。
介護職員	・・・利用者様の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
看護職員	・・・主に利用者様の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
機能訓練指導員	・・・利用者様の機能訓練を担当します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料

当施設では、利用者様に対して以下のサービスを提供します。

淡路市介護予防日常生活支援総合事業サービス

また、それぞれのサービスについて

- (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様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4条参照）

以下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。

(i) 〈サービスの概要〉

☆共通的服务

- ・ 契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

① 食事の介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・ 食事の準備、介助を行います。
- ・ 当事業所では、ご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
(食事時間) 昼食 12:00

② 送迎サービス

- ・ ご家族の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

③ 健康管理

- ・看護職員が、健康管理を行います。

☆選択的サービス

① アクティビティサービス

- ・集団でのレクリエーション、創作活動等の機能訓練を行います。

(ii) 〈サービス利用頻度〉

☆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に沿いながら、利用者様と協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。

☆但し、利用者様の状態の変化、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。

(iii) 〈サービス利用料金（1月あたり）〉（契約書第8条参照）

利用者様の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、利用者様の要支援度に応じて異なります。）《表-1 参照》

- ① 要支援度別の自己負担金額に利用された加算金額を足したものが1月当たりの利用者様の負担金額になります。
- ② 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、利用者様の負担額を変更します。
- ③ 利用者様に介護保険料の未納がある場合の自己負担額については、《表-1》と異なることがあります。

○基本サービス

《表-1》

介護予防通所介護相当（現行相当サービス）

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担（1割）
要支援1	4,360円（1回） （1月の提供回数4回まで）	436円
要支援1	17,980円（1月） （1月の提供回数5回以上）	1,798円

要支援2	4,470円(1回) (1月の提供回数8回まで)	447円
要支援2	36,210円(1月) (1月の提供回数9回以上)	3,621円

緩和した基準による通所サービス

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)
要支援1	3,710円(1回) (1月の提供回数4回まで)	371円
要支援1	15,270円(1月) (1月の提供回数5回以上)	1,527円
要支援2	3,800円(1回) (1月の提供回数8回まで)	380円
要支援2	30,750円(1月) (1月の提供回数9回以上)	3,075円

加算（要支援1・2）
（月額加算）介護職員等処遇改善加算Ⅱ [介護報酬（自己負担）＋加算金額]×9.0%（1円未満四捨五入）
加算（要支援1）
介護従事者の専門性のキャリアに着目した評価加算 サービス提供体制強化加算（Ⅲ）勤続7年以上の介護職員（※1）が30%以上配置されている場合、24単位/月×人
加算（要支援2）
介護従事者の専門性のキャリアに着目した評価加算 サービス提供体制強化加算（Ⅲ）勤続7年以上の介護職員（※1）が30%以上配置されている場合、48単位/月×人

（※1）介護職員とは生活相談員、機能訓練指導員、看護職員、介護職員のことを指します。

食事代（おやつ代含む）：1食	650円
----------------	------

（2） 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第8条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者様の負担となります。

（i）〈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超えて介護予防通所介護サービスの利用

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合には、前記5（1）（ii）のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません。また加算分は含まれます。）が必要となります。

② 複写物の交付

利用者様が、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分を負担いただきます。

1枚につき 10円（ただし、A3は20円）

④ 食費

料金：1食あたり 650円（おやつ代含む）

④ 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、通常の事業実施地域を越えた部分について実費相当額として下記料金をいただきます。

事業実施地域を越えた所から1kmごとに100円（片道）

⑤ レクリエーション活動

利用者様の希望によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。ほとんどのものについては無料ですが、制作物の材料代などにつきましては実費を負担いただきます。

⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活上の購入代金等利用者様の日常生活に要する費用で、利用者様に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代（実費相当額）

※ 介護保険の給付対象とならないサービスに係わる利用料金については、経済状況の変化その他や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。その場合事前（1ヶ月前）に変更の内容と事由についてご説明します。

（3）利用料金のお支払方法（契約書第8条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

下記指定口座への振込。（手数料は利用者負担）

○淡路信用金庫 志筑支店 普通預金 口座番号 0407830

口座名義 社会福祉法人 千鳥会 佐野デイサービスセンター 管理者 河本 賢一

施設窓口または送迎時に現金支払い

（4）利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

○利用予定日の前に、利用者様の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合、利用予定日の前々日までに事業者申し出て下さい。

○月のサービス利用日や回数については、利用者様の状態の変化、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踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

○利用者様の体調不良や状態の改善等により、介護予防サービス計画に定められた期日より利用が少なかった場合、又は介護予防サービス計画に定めた期日より多かつた場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

○利用者様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 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

○月途中で要支援度が変わった場合には、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・追加の申し出に対して、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、他の利用可能期間又は日時を利用者様に提示して協議します。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、身の回りの品以外は原則として持ち込むことができません。

(2) 事業所・設備の使用上の注意（契約書第4章第13条参照）

- 1 利用者は、事業所の施設、設備、敷地を本来の用途に従って利用するものとします。
- 2 利用者は、事業所の施設、設備について、故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復するか、相当の代価を支払うものとします。
- 3 利用者の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、利用者及びその家族等と事業所との協議により、施設、設備の利用方法等を決定するものとします。

(3) 利用者の禁止行為（契約書第4章第13条参照）

利用者は、事業所内で次の各号に該当する行為をすることは許されません。

1 決められた場所以外での喫煙

2 けんか、口論、泥酔等で他人に迷惑をかける事

3 サービス従事者又は他の利用者に対し、迷惑を及ぼすようなハラスメント、宗教活動、政治活動、営利活動などを行うこと

(3) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

7. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、利用者様やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

8. 損害賠償について（契約書第15条、第16条参照）

(1) 事業所は、本契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、利用者側に故意又は過失が認められる場合に、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときには、損害賠償責任を減じる場合があります。事業所は、前項の損害賠償責任を速やかに履行します。

(2) 事業所は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業所は損害賠償責任を免れます。

1 利用者（その家族も含む）が、契約締結に際し、そ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、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

2 利用者（その家族も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

3 利用者の急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

4 利用者が、事業所もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

9. 非常災害対策

事業所は、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を作成し、年に1回以上、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

10. サービス提供における事業所の義務（契約書第11条、第12条参照）

事業所は、利用者に対してサービスを提供するにあたって、利用者の生命、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第11条、第12条に規定される義務を負います。事業所では、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- 1 事業所及びサービス従事者は、サービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、財産の安全に配慮するものとします。
- 2 事業所は利用者の体調・健康状態からみて必要な場合には、主治医と連携し、利用者からの聴取・確認の上でサービスを実施するものとします。
- 3 事業所及びサービス従事者は、ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際のご利用者の心身等の状況、緊急やむを得ない理由等について予めご利用者へ説明し、同意を得るものとします。
- 4 ご利用者に対する感染症対策及び食中毒の発生やまん延を防ぐため、感染症対策委員会を定期的に開催し、職員へ周知徹底、感染症対策指針を作成し、職員への研修を定期的に行うものとします。
- 5 ご利用者に対する事故発生・再発防止のための措置として、事故発生時の対応等の指針を整備し、事故発生の報告、分析、改善策の職員への周知徹底を図る体制を整備するとともに、事故防止のための委員会、職員への研修を定期的に行うものとします。
- 6 事業所は、利用者に対する通所介護サービスの提供について記録を作成し、5年間保管すると共に利用者の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付するものとします。但し、利用者は、重要事項説明書記載のコピー代を複写費用として支払います。
- 7 事業所は、サービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。
- 8 事業所及びサービス従事者は、個人情報の保護に関する法律並びに「個人情報保護に関する基本方針(プライバシーポリシー)」に基づき、サービスを提供するにあたって知り得た利用者または家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません(守秘義務)。また、利用目的を明確にし、取り扱うものとします。
- 9 指定通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。サービス提供の開始に際し、この重要事項説明書に基づき作成する「通所介護計画」の写しを利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。
- 10 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11. 虐待の防止について

事業所において、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ・ 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- ・ 成年後見制度の利用を支援します。
- ・ 当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ・ 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者がご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。

12. 苦情の受付について（契約書第25条参照）

（1） 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者	〔氏名〕 河本 賢一 〔職名〕 管理者 受付時間 8：30～17：30 月～土
○第三者委員名	〔氏名〕 川端 秀樹 〔職名〕 評議員 連絡先 TEL（0799）62-3206 受付時間 9：00～17：00 月～金
○第三者委員名	〔氏名〕 仲野 和美 〔職名〕 評議員 連絡先 TEL（0799）65-0055 FAX（0799）65-0055 受付時間 9：00～17：00 月～金
○苦情解決責任者	〔氏名〕 河本 賢一 〔職名〕 管理者

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付ける事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX番号 (078) 332-5650 受付時間 9:00~17:15 月~金
○淡路市役所健康福祉部 地域福祉課	所在地 淡路市生穂新島8番地 電話番号 (0799) 64-0001 FAX番号 (0799) 64-2529 受付時間 8:30~17:15 月~金
○兵庫県社会福祉協議会 兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 神戸市中央区坂口通2丁目1-1 兵庫県福祉センター内 電話番号 (078) 242-6868 FAX番号 (078) 271-1709 受付時間 10:00~16:00 月~金

13.身元引受人

身元引受人をご指定下さい。身元引受人の主な責任は以下の通りです。

なお、身元引受人は、民法（債権法）に定める保証人としての責務を負います。

① 重要事項説明書各事項のほか、以下の各項目に従い債務を保証

保証人は、本契約から生じることご利用者の債務を負担するものとする。

1) 前項の保証人の極度額は、通所介護（デイサービス）30万円を限度とする。

2) 保証人の請求があった時は、事業所は保証人に対し、遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者のすべての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

② 入院等に関する手続き、費用負担

③ 契約終了後のご利用者受け入れ先の確保

④ ご利用者が死亡した場合のご遺体及び残置物の引取り等

⑤ 面談、その他ご利用者に関して必要と思われる事項

※身元引受人が役割を果たせなくなった場合には、新たな身元引受人を立てて頂きます。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 場所 _____

通所介護サービスの提供に際し、本書面に基づき本重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行い、交付しました。

事業者 社会福祉法人 千鳥会 津名デイサービスセンター

「説明者」 職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の交付及び説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

『利用者（契約者）』

住所 _____

氏名 _____

印 _____

私は、契約者が事業者から重要事項の交付及び説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者 身元引受人

住所 _____

氏名 _____

印 _____

(利用者との関係 _____)

□立会人（署名代行した場合は、立会人）

住所 _____

氏名 _____

印 _____

(利用者との関係 _____)