

介護予防通所型サービス重要事項説明書

当事業所が提供する介護予防通所型サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。わかりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

※当サービスの利用は、原則として「要支援1・2」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- (1) 法人名 有限会社 みのり
- (2) 法人所在地 兵庫県宝塚市売布2丁目1番11号
- (3) 電話番号 0797-83-1670
- (4) 代表者氏名 代表取締役 田本 真由美
- (5) 設立年月 平成13年12月13日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 第1号通所事業・介護予防通所型サービス
平成23年9月1日指定
指定番号 兵庫県 2871101669号

事業所は、以下の加算対象サービスを実施します。

- ① サービス提供体制強化加算
- ② 介護職員等処遇改善加算

(2) 事業目的・方針

目的 社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにお客様の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、要支援状態にあるお客様に対し、適切な介護予防通所型サービスの提供を行うことを目的とします。

方針 お客様がその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練等を行う事により、心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上の為に必要な援助を行います。

- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター みのり
- (4) 事業所の所在地 兵庫県宝塚市売布2丁目1番11号
- (5) 電話番号 0797-83-1710
- (6) 事業所長（管理者）氏名 玉木 英子
- (7) 開設年月 平成23年 9月 1日
- (8) 利用定員 18人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 宝塚市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日
受付時間	営業曜日 8時30分～17時30分
サービス提供時間	営業曜日 9時00分～16時30分

※ 日曜日、年末年始（12月31日から1月3日）は休業いたします。

4. 職員の配置状況

当事業所では、お客様に対して介護予防通所型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〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数
1. 事業所長（管理者）	1名
2. 介護職員	2名以上
3. 生活相談員	1名以上
4. 看護職員	3名以上
5. 機能訓練指導員	4名以上

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、お客様に対して以下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) 利用料金の全額をお客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

〈サービスの概要〉

サービスの種類・内容

食事 （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。）

お客様の身体の状態を配慮した食事の提供を行います。

また、お客様の身体の状態に応じて必要な介助を行います。

排泄 お客様の身体の状態に応じて必要な排せつの介助を行います。

送迎サービス

お客様の身体の状態に応じて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。

加算対象サービス

- ・サービス提供体制強化加算
- ・介護職員等処遇改善加算

〈サービス利用料金（月額）〉

下記の料金表によって、お客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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（下記サービスの利用料金は、お客様の要支援度及びお客様の負担額の割合に応じて異なります。）

サービス利用料金

お客様の要支援度とサービス利用料金	通所型サービス 11 19,202 円	通所型サービス 12 38,672 円
-------------------	------------------------	------------------------

加算対象サービス

以下の料金が上記に加算されます。

加算対象サービスとサービス利用料金	サービス提供体制強化加算 I	
	要支援 1	要支援 2
	939 円	1,879 円

☆介護職員処遇改善加算の料金は1ヶ月ご利用総単位数にサービス別加算率等に乗じたお客様の負担割合に準じご負担頂きます。

介護職員等処遇改善加算 I 所定単位数の 9.2 %

☆お客様がまだ要支援認定を受けていない場合には、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。要支援の認定を受けた後、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）。

☆お客様に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

☆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、お客様の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がお客様の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事の提供にかかる費用

お客様に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用およびおやつ・飲料（コーヒー・紅茶等）です。体調不良等により食事を食べられない時などは前日までにご連絡いただければ食事料金はいただきません。当日、食事準備後、体調不良等により食事が食べられない時においては、申し訳ございませんが食事の提供にかかる費用はいただくこととなりますのでご了承の程お願いいたします。

料金：1回あたり780円 ※昼食・おやつ・飲料（コーヒー・紅茶等）含む。
1回あたり250円 ※おやつ・飲料（コーヒー・紅茶等）のみの場合
1回あたり150円 ※飲料（コーヒー・紅茶等）のみの場合

② レクリエーション、クラブ活動

材料代として、1ヶ月につき500円をいただきます。

③ 複写物の交付

お客様は、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

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お客様の日常生活に要する費用でお客様に負担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：パンツ型150円・リハビリパンツ150円・パット30円・フラット50円
--

☆経済状況の著しい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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月15日までにご請求しますので、翌月25日まで以下の方法でお支払い下さい。

※郵便局からの自動引き落とし

郵便貯金通帳をお持ちでない方は、口座の開設をお願いします。

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、お客様の都合により、介護予防通所型サービスの利用を中止、変更、追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。
- 月のサービス利用日や回数については、ご利用者の状態の変化、介護予防通所型サービス計画に位置付けられた目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更する事があります。
- ご利用者の体調不良や状態改善などにより介護予防通所型サービス計画に定めた期日よりもご利用が少なかった場合、または介護予防通所型サービス計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はしません。

○ご利用者の状態の変化などにより、サービス提供量が介護予防サービス計画（ケアプラン）に定めた実施回数など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、介護予防通所型サービス計画の変更または要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助必要な支援を行います。

○ 月ごとの定額となっているため、月の途中から利用を開始、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。

- ① 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- ② 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- ③ 同一保険者管内での転居などにより事業所を変更した場合
- ④ 月途中でショートステイを利用した場合

○ 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お客様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お客様に提示して協議します。

6. 介護予防通所型サービス計画について

(1) 事業者は、お客様の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、お客様の介護予防サービス計画（ケアプラン）に沿った介護予防通所型サービス計画を作成しお客様及びその家族等に対して説明し、同意を得た上でこれに従って、計画的にサービスを提供します。

(2) 事業者は、お客様に係る介護予防サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、又はお客様がサービスの内容や提供方法などの変更を希望する場合で、その変更が介護予防サービス計画（ケアプラン）の範囲内で可能なときは、速やかに介護予防通所型サービス計画の変更等の対応を行います。

(3) 事業者は、お客様が介護予防サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに介護予防支援事業者への連絡調整の支援を行いません。

7. サービス提供の記録等

事業者はお客様に提供したサービスの提供に関する記録を整備するとともに、その提供日から5年間保管します。記録は、お客様とそのご家族に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。

8. 事業者及びサービス従事者の義務

(1) 事業者及びサービス従事者は、サービスの提供にあたって、お客様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮するものとします。

(2) 事業者は、お客様の体調・健康状態からみて必要な場合には、事業所の看護職員もしくは主治医と連携し、お客様からの聴取・確認の上でサービスを実施するものとします。

- (3) 事業者は、サービス提供時において、お客様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必要な措置を講じるものとします。

9. 守秘義務等

- (1) 事業者及びサービス従事者又は従業員は、介護予防通所型サービスを提供する上で知りえたお客様又はその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。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、お客様に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等にお客様に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 前2項にかかわらず、サービス担当者会議など、お客様に係る他の指定介護予防サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、お客様又はその家族等の個人情報を利用することができるものとします。

10. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりお客様に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、お客様に故意又は過失が認められる場合には、お客様の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

○苦情受付窓口

(担当者) 玉木 英子 TEL 0797-83-1710
FAX 0797-83-1671

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

午前8:30～午後5:30まで

(2) 行政機関その他苦情受付機関

宝塚市役所 健康福祉部介護保険課	所在地 宝塚市東洋町1-1 電話番号 0797-77-2136 FAX 0797-71-1355 受付時間 9:00～17:30 月～金(祝日除く)
兵庫県国民健康保険 団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	所在地 神戸市中央区三宮町1-9-1-1-1801 電話番号 078-332-5617 受付時間 9:00～17:15 月～金(祝日除く)
兵庫県 中央介護保険相談センター (健康福祉部長寿社会課 介護保険相談・審査室内)	所在地 神戸市中央区下山手通5-10-1 電話番号 078-362-9118 受付時間 9:00～17:30 月～金(祝日除く)

12. 虐待の防止、身体拘束等について

事業者は、お客様等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。担当者は、管理者と定めます。

- (1) 虐待防止対策・身体拘束等の適正を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知します。
- (2) 虐待防止・身体拘束等の適正のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (4) 当該事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。
- (5) 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拘束等を行いません。
- (6) 身体拘束等を行う場合には、多職種などと話し合いを行い、身体拘束の様態及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

13. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、お客様に対する事業提供の継続的な実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、次の措置を講じます。

- (1) 業務継続計画を策定します。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画の周知、定期的な研修及び訓練を実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

14. ハラスメントの防止対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言葉や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為。
- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。
- ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、お客様及びその家族等が対象となります。

- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

15. 衛生管理等について

事業所において感染症が発生し、又は、まん延しないように次に掲げる措置を講じます。

- (1) 従業員の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。
- (2) 感染症対策を検討する委員会を概ね6ヶ月に1回以上開催し、その結果について従業員に周知徹底しています。
- (3) 感染症対策の指針を整備します。
- (4) 従業員に対して定期的に研修及び訓練を実施します。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防通所型サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 宝塚市売布2丁目1番11号
名称 有限会社 みのり
事業所名 デイサービスセンター みのり

説明者氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防通所型サービスの提供開始に同意しました。

お客様 住所 _____

氏名 _____

署名 住所 _____

代行人

氏名 _____