

デイサービス東神田の里 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定通所介護（介護予防通所介護）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説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業所の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 号）」、「大阪府指定介護予防サービス事業所の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例 116 号）」第 10 条の規定に基づき、指定通所介護（介護予防通所介護）サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定通所介護（介護予防通所介護）サービスを提供する事業所について

事業所名称	社会福祉法人 いわき会
代表者氏名	理事長 南 桂子
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府寝屋川市高柳一丁目1番15号 TEL 072-828-0888
法人設立年月日	平成 19 年 7 月 31 日

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	デイサービス東神田の里
介護保険指定 事業所番号	2770304521
事業所所在地	大阪府寝屋川市東神田町 19 番 1 号
連絡先	TEL 072-839-5000 FAX 072-839-5011
相談担当者名	小林 直人
事業所の通常の 事業の実施地域	寝屋川市
利用定員	10 名

(2) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（日曜日、祝祭日、12/31～1/3 はお休み）
営業時間	8：30～17：30

(3) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から土曜日（日曜日、祝祭日、12/31～1/3はお休み）
サービス提供時間	9：00～16：30

(4) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会福祉法人いわき会が設置するデイサービス東神田の里において実施する指定通所介護事業（介護予防通所介護事業）は、利用者の意思及び人格を尊重し、通所介護従事者（介護予防通所介護従事者）が、要介護状態の利用者に対し、適切な指定通所介護（指定介護予防通所介護）を提供することを目的といたします。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none">この事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態（要支援状態）となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び個別機能訓練、口腔機能向上、栄養改善等のサービス、その他必要な援助を行います。事業に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業所、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。前2項のほか、「大阪府指定居宅サービス事業所の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年大阪府条例第115号）」「大阪府指定介護予防サービス事業所の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成24年大阪府条例116号）」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

(5) 事業所の職員体制

管理者	小林 直人
-----	-------

職	職務内容	人員数
管理者	従業者業務の管理を一元的に行なうとともに、法令等において規定されている指定通所介護の実施に関し、事業所の従事者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。	1名

生活相談員	事業所に対する指定通所介護（介護予防通所介護）の利用の申込みに係る調整，他の通所介護従事者に対する相談助言及び技術指導を行い、また他の従事者と協力して通所介護計画（介護予防通所介護計画）作成等を行う。	2名
看護職員	利用者の心身の状況を踏まえて、適切な看護を行う。また指定通所介護（指定介護予防通所介護）の業務に当たる。	1名
介護職員	利用者の必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	1名
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。	1名

※ 従事者数は、必要に応じて増員することがあります。

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

- ① 健康チェック
- ② 入浴
- ③ 機能訓練
- ④ レクリエーション
- ⑤ 食事
- ⑥ 送迎
- ⑦ 生活指導（相談・援助等）など

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

○要支援の場合

	利用料	利用者負担額
要支援1	17,359円/月	1,736円/月
要支援2	35,593円/月	3,560円/月
加 算（月一回）	利用者負担額	
生活機能向上グループ活動加算	106円/月	
選択的サービス(運動器機能向上加算)	238円/月	
（栄養改善加算）	159円/月	
（口腔機能向上加算）	159円/月	
選択的サービス3種のうち2種類実施	506円/月	
選択的サービス3種すべて実施	738円/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	（要支援1）76円/月	（要支援2）152円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	（要支援1）51円/月	（要支援2）102円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（要支援1）26円/月	（要支援2）51円/月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数 （所定単位数） ×4.0%	

○要介護の場合

サービス 提供時間数 (小規模型)	3時間以上 5時間未満		5時間以上 7時間未満		7時間以上 9時間未満	
	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り)
要介護1	4,490円	449円	6,756円	676円	7,746円	775円
要介護2	5,143円	515円	7,978円	798円	9,148円	915円
要介護3	5,818円	582円	9,211円	922円	10,603円	1,061円
要介護4	6,471円	648円	10,434円	1,044円	12,057円	1,206円
要介護5	7,146円	715円	11,667円	1,167円	13,501円	1,351円

○加算について

	加算	利用料	利用者 負担額	算定回数等
要介護度による区分なし	個別機能訓練加算(Ⅰ) 個別機能訓練加算(Ⅱ)	490円 590円	49円 59円	個別機能訓練を実施した日数
	栄養改善加算	1,590円	159円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
	口腔機能向上加算	1,590円	159円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
	入浴介助加算	530円	53円	入浴介助を実施した日数
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	190円 130円 70円	19円 13円 7円	サービス日数
	介護職員処遇改善加(Ⅰ)	所定単位数× 4%	左記の1割	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数(所定単位数)×4%

4 その他の費用について

① 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合でも、キャンセル料金は発生いたしません。
③ 食事の提供に要する費用	600円(税込)/1食あたり ※当日キャンセルは、食事代のみ発生いたします。 (ただし、入院によるキャンセルは除く)
④ 日常生活費	実費(行事代・材料費のかかるレクリエーションなど必要時)
⑤ その他	おむつ代100円 パット代50円/1枚当たり(貸し出した場合のみ)

5 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料の請求	ア 利用料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。 イ 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日頃に利用者宛てに郵送いたします。
② 利用料の支払い方法	請求書とお渡しする利用明細により内容を確認のうえ、請求月の 20 日までに、下記の方法にてお支払ください。 (ア)口座からの引き落とし (イ)当法人口座への振込み (ウ)現金支払い ※お支払を確認しましたら、領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 カ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただきます。

6 契約内容の変更

事業所は、この契約に定める内容のうち、利用料やサービス内容等の変更を行おうとする場合には、重要事項説明書の一部を変更する文書を作成し、利用料等の変更の予定日から 1 カ月以上の期間をおいて、利用者にもその内容を通知します。承諾する場合には、重要事項説明書の一部を変更する文書に署名・捺印いただき、承諾しない場合は事業所との契約を解除することができます。

7 契約の解除について

(1) 利用者から契約を解除する場合

サービスの終了を希望する日の 7 日前までにその旨をお申し出ください。

(2) 事業所から契約を解除する場合

事業所の休廃止・規模の縮小などのやむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、契約終了の 1 か月以上の期間を持って文書にて通知いたします。

(3) 契約終了について

以下の場合には双方の通知がなくとも、自動的に契約を終了いたします。

- ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ② 要介護認定が自立と認定された場合
- ③ 利用者が死亡した場合

8 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	医療機関	
	主治医	
	所在地及び電話番号	
緊急連絡先	緊急連絡先の家族等	
	住所及び電話番号	

9 秘密の保持と個人情報の保護について

個人情報の保護について

事業所は、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。また、利用者の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、利用者の家族の個人情報を用いません。事業所は、利用者およ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、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するものとしします。

10 虐待の防止について

事業所は、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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 小林 直人
-------------	-----------

(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) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11 身体拘束その他行動を制限する行為の原則

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者（ご家族）に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業所として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

12 事故発生時の対応方法について

(1) 利用者に対する指定通所介護（指定介護予防通所介護）の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所介護（指定介護予防通所介護）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います。また、利用者は、故意または、重大な過失によって建築物、備品その他を破損したり、紛失させた場合は、事業所に対してその損害を賠償します。

なお、事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
補償の概要	身体・財物等

(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契約者が、契約締結時に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っぱら起因して損害が発生した場合

②契約者が、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っぱら起因して損害が発生した場合

③契約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っぱら起因して損害が発生した場合

(3) 契約者が、事業所もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

13 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 当事業所における苦情の受け付け

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）

〔職名〕 解決責任者 管理者 小林 直人

担当者：生活相談員 小林 千晶

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～16：00

○連絡先 大阪府寝屋川市東神田町19番1号

デイサービス 東神田の里

TEL 072-839-5000

苦情申出人が第三者委員への報告を希望する場合、匿名での苦情、および文書による重大な指摘があった場合は、速やかに第三者委員に報告し必要な対応を行います。第三者委員に報告した場合は、必ず苦情申出人にご返答いたします。

第三者委員 松岡久治、山下節子

（直接連絡を希望される場合は、法人本部にご連絡ください。TEL072-828-0888）

(2) 苦情申立の窓口

寝屋川市高齢介護室	所在地 寝屋川市池田西町28番22号 電話番号 072-838-0518 FAX番号 072-838-0102 受付時間 (月～金) 9：00～17：00
国民健康保険団体連合会	所在地 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通FNビル 電話番号 06-6949-5418 FAX番号 06-6949-5417 受付時間 (月～金) 9：00～17：00
大阪府福祉部高齢介護室 介護事業所課	所在地 大阪府中央区大手前2丁目1番22号 電話番号 06-6944-7203 FAX番号 06-6944-6670 受付時間 (月～金) 9：00～17：00

○その他地域の窓口

くすのき広域連合 守口支所	所在地 守口市京阪本通2丁目2-5 電話番号 06-6992-2180 FAX番号 06-6995-2011 受付時間 (月～金) 8：45～17：15
くすのき広域連合 門真支所	所在地 門真市中町1-1 門真市役所内 電話番号 06-6780-5200 FAX番号 06-6780-5201 受付時間 (月～金) 8：45～17：15

14 サービス提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用者に係る居宅介護支援事業所が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」「介護予防通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」「介護予防通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- (3) サービス提供は「通所介護計画」「介護予防通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」「介護予防通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (4) 事業所は契約者に対する介護福祉施設サービスの提供について記録を作成し、それを完結の日から5年間保管し、契約者もしくはその代理人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。

15 その他留意事項

通所介護従業者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ①医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

16 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）等との連携

- ①指定通所介護（指定介護予防通所介護）の提供に当り、居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）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。
- ②サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画（介護予防通所介護計画）」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者（介護予防通所介護事業所）に速やかに送付します。
- ③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またはその写しを速やかに居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）に送付します。

17 重要事項説明の年月日

重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
---------------	---	---	---

上記内容について、「大阪府指定居宅サービス事業所の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成 24 年大阪府条例第 115 号)」「大阪府指定介護予防サービス事業所の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例(平成 24 年大阪府条例 116 号)」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

本通 2 通を作成し、利用者、事業所が署名・押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

事業所	事業所名	デイサービス東神田の里
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業所から確かに受けました。

利用者	住 所	
	氏 名	印
代筆	住 所	
	氏 名	印
御家族 (立会人)	住 所	
	氏 名	印