

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業 (通所介護従前相当サービス) 重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（通所介護従前相当サービス）（以下、「通所型サービス」という。）の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次の通り説明します。

1 事業の目的と運営方針

社会福祉法人ポプラ会（以下「事業者」という。）が開設するデイサービスセンターあざみ（以下「事業所」という。）は、介護保険法令に従い、事業所の従業者等（以下「従業者」という。）が要支援状態と認定された利用者に対し、その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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

2 事業者（法人）の概要

事業者（法人）	社会福祉法人ポプラ会
所在地	〒374-0023 群馬県館林市田谷町1187-1
代表者	理事長 堀越 裕一
設立年月日	1992年6月23日
電話番号	0276-77-2230

3 事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所	デイサービスセンターあざみ
指定番号	1070700479
所在地	〒374-0023 群馬県館林市大手町8-25
管理者	江森 正博
開設年月日	2006年6月1日
電話番号	0276-76-2131
FAX番号	0276-76-2132
サービス提供地域	館林市、板倉町、邑楽町、佐野市、足利市

(2) 設備の概要

食堂	利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂等を設け、利用者が使用しやすい適切な備品類を備えます。
機能訓練室	利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設けます。
その他	以下の設備を設けています。

	・ 静養室 ・ 相談室 ・ 事務室 ・ 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備 ・ 指定通所介護に必要なその他設備及び備品等
--	--

(3) 事業所の従業者体制

	職務の内容	員数
管理者	業務の一元的な管理	1 名
生活相談員	利用者・家族への相談援助、地域との連絡調整	1 名以上
介護職員	介護業務	3 名以上
看護師又は准看護師	健康・保健衛生管理	1 名以上
機能訓練指導員	機能訓練等の指示・助言	1 名以上
その他の従業者		必要数

(4) 営業日等と定員

営業日	月曜日から土曜日まで（ただし、1月1日～1月3日を除きます）
営業時間	午前8時30分 ～ 午後5時30分
サービス提供時間	午前9時00分 ～ 午後5時30分
定員	25名

4 サービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス

次の通所型サービスについては、食費を除き、通常9割（～7割）が介護保険から給付されます。

「5 利用料等」をご確認ください。

① 通所型サービス個別計画の作成

ア 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、「介護予防支援事業者等が作成した（ケアプラン）」に沿って「通所型サービス個別計画」を作成します。ただし、緊急に通所型サービスが必要な場合は、居宅サービス計画等が作成される前であっても、通所型サービスの提供はできます。

イ 利用者の要支援状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、通所介護の目標を設定し、「通所型サービス計画」に基づき通所型サービスを計画的に行います。

ウ 利用者が書面により指定通所介護の内容や提供方法等の変更を希望する場合、その変更が「居宅サービス計画」の範囲内で可能なときは、速やかに「個別計画」の変更等の対応を行います。

エ 「個別計画」の作成及び変更に当たっては、その内容を利用者及び代理人に対し、説明し同意を得て交付します。

② 送迎

身体状況に合った車輛に配慮し、事業所と自宅間（居住実態がある場所を含む）の送迎を行い

ます。

③ 入浴

利用者の心身の状況等に応じて一般浴槽、特殊浴槽にて入浴いただきます。自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声掛け、気分の確認など行います。

④ 健康管理

営業日ごとに利用者の健康状態の確認をします。

⑤ 機能訓練

利用者の心身の状況等に応じて、自立した日常生活を営む上で必要な生活機能の改善又は維持するための機能訓練を実施します。

⑥ 相談・援助

利用者の生活の向上を図るための適切な相談・援助を行います。

⑦ その他（介護等）

利用者の心身の状況等に応じて、自立した日常生活を営む上で必要な日常生活上の世話、介護、レクリエーションや行事などを行います。

- ・ おむつ利用の方はおむつを持参ください。
- ・ レクリエーションや行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

事業所は、利用者又は代理人との合意に基づき、以下の介護保険給付対象外サービスを提供するものとします。

① 食事

利用者の身体状況・嗜好を考慮した食事を提供します。また、利用者の自立支援に配慮して、可能な限り離床して食堂等で食事を摂ることを支援します。

② おむつの提供

③ 理美容サービス

理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

④ その他（日常生活において通常必要となるものの提供）

5 利用料等

通所型サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下の通りです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。ただし、支払方法が償還払いになる場合は、利用料の全額をお支払いいただきます。その場合、お支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 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

サービス提供区分	通所型サービス費（Ⅰ） 週 1 回程度の利用が必要な場合				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
通常の場合 （月ごとの定額制）	1,798	17,980 円	1,798 円	3,596 円	5,394 円
日割り計算	59	590	59 円	118 円	177 円
サービス提供区分	通所型サービス費（Ⅱ） 週 2 回程度の利用が必要な場合				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
通常の場合 （月ごとの定額制）	3,621	36,210 円	3,621 円	7,242 円	10,863 円
日割り計算	119	1,190 円	119 円	238 円	357 円

※ 日割り計算による場合とは、月途中で要介護から要支援となった場合、要支援から要介護に変更となった場合、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など。

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所型サービス従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、 $70/100$ となります。

※ 通所型サービス費（Ⅰ）は、要支援 1 又は要支援 2 の利用者が週 1 回程度のサービスを利用した場合に算定できます。

通所型サービス費（Ⅱ）は、要支援 2 の利用者が週 2 回程度のサービスを利用した場合に算定できます。

加算		基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
				1 割負担	2 割負担	3 割負担	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	週 1 回程度	88	880 円	88 円	176 円	264 円	1 月に 1 回
	週 2 回程度	176	1,760 円	176 円	352 円	528 円	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		所定単位数の 92/1000	左記単位数× 10.00 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に 各種加算減算を加えた総単位数

① サービス提供体制強化加算

介護福祉士の資格者等、経験豊富な職員を一定の割合配置

② 介護職員等処遇改善加算 ※新設

介護職員のキャリアアップの仕組みの構築、職場環境改善の実施事業所に対して支給される

(3) その他の費用

食 費	食事代 600 円
おやつ代	100 円

レクリエーションや行事に要する費用	実費
理美容サービス	1,100～2,000円（実費） 理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。
おむつ代	100円（パット 50円）

6 利用料金のお支払方法

利用料は、1月ごとに計算し、翌月の10日までにご請求いたしますので、請求された月の末日までに、次のいずれかの方法でお支払いをお願いします。

- ① 利用者又は代理人の銀行口座からの自動引き落とし
- ② 指定口座への現金振込み
- ③ 現金支払い

7 サービスの中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者又は代理人の都合により、通所型サービスの利用を中止、変更、又は新たな通所型サービスの利用を追加することができます。この場合には通所型サービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。
- ② 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利用者の希望する期間に通所型サービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者又は代理人に提示して協議します。

8 代理人等について

- (1) 事業所では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。
 - ① 代理人は、利用者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
 - ② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、事業所と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。
 - ③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。
- (2) 代理人の職務は、次の通りとします。
 - ① 利用者に代わって又は利用者とともに、契約書第8条3項、第10条3項、第20条1項、第21条1項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他利用者を代理して行う意思表示、事業所の意思表示や報告・通知の受領、事業所との協議等を行うこと。
 - ② 利用者を代理して、又は利用者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。
- (3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。
利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担すること。
- (4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。
利用契約が終了した後、事業所に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。
- (5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

- ① 連帯保証人の負担は、極度額10万円を限度とします。
- ② 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
- ③ 事業所は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
- ④ 連帯保証人が死亡または破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、利用者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

9 サービス利用に当たっての留意事項

(1) ご来所の際

- ① 利用者又は代理人は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。

(2) 禁止行為

以下の行為につきましては、ご遠慮ください。

- ① 決められた場所以外での喫煙・飲酒・飲食等
- ② 従業者又は他の利用者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとり
- ④ 従業者に対する贈物や飲食のもてなし
- ⑤ 従業者及び他の利用者に対する身体的・精神的暴力
- ⑥ その他決められた以外の物の持ち込み

10 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

11 非常災害対策

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

12 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、利用者に対する通所型サービスの提供を継続的に実施し、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、必要な措置を講じます。また、職員に対する周知、研修、訓練を実施し、計画の見直しを行います。

13 事故発生時の対応

通所型サービスの提供により事故が発生した場合には、代理人、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

14 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及び代理人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。又事業者として、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。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性・・・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なくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

15 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策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徹底を図っています。
- ② 虐待防止のための指針を整備しています。
- 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 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 施設長 江森 正博
- ⑤ サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。

16 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者及び代理人の秘密を洩らさないことを厳守します。また、退職後においてもこれらの秘密を漏らさない旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

17 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：小川香代子（生活相談員）

ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法 電話 0276-76-2131

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

館林市役所 介護高齢課 電話番号：0276-47-5137

館林市役所 高齢者支援課 電話番号：0276-47-5131

受付時間：8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

板倉町役場 介護保険係 電話番号：0276-82-6135

受付時間：8時15分～17時15分（土日、祝日を除く）

邑楽町役場 保険年金課 電話番号：0276-47-5021

受付時間：8時15分～17時15分（土日、祝日を除く）

佐野市役所 いきいき高齢課 電話番号：0283-24-5111

受付時間：8時15分～17時15分（土日、祝日を除く）

足利市役所 元気高齢課 電話番号：0284-20-2153

受付時間：8時15分～17時15分（土日、祝日を除く）

群馬県国民健康保険団体連合会介護保険課

電話番号：0272-92-1323 受付時間：9時00分～16時30分（土日、祝日を除く）

栃木県国民健康保険団体連合会介護福祉課

電話番号：0286-43-2220 受付時間：9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

※第三者委員 氏名 川島 正子

氏名 小川 英子

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談に乗っていただける委員です。

18 損害賠償

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、利用者又は代理人に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

事業所は、自己の責め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 利用者又は代理人が、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専ら起因して損害が発生した場合
- ② 利用者又は代理人が、サービスの実施のため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専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、事業所が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④ 利用者又は代理人が、事業所及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

19 ハラスメント対策の強化

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講ずるものとする

- 2 利用者及び家族が事業所の職員への威圧的・暴力的言動や悪質なクレーム等の迷惑行為などに対し、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

通所型サービスの開始に当たり、利用者に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明し
交付しました。今後、この重要事項説明書に変更が生じた場合は、文書にてお知らせし、同意をいた
くこととします。

<事業所>

所在地 群馬県館林市大手町8-25
事業所名 デイサービスセンターあざみ

理事長名 堀越 裕一

説明者 (生活相談員) 小川 香代子

私は、利用契約書及び本書面により、事業所から指定通所介護について重要事項説明を受け同意しま
した。

<利用者(契約者)>

住所

氏名

<代理人>

住所

氏名

電話番号

<連帯保証人兼身元保証人>

住所

氏名

電話番号