

介護予防通所サービス 重要事項説明書

当事業者は介護保険の指定を受けています。
(兵庫県指定 第 2870800618 号)

当事業所はご契約者に対して介護予防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 社会福祉法人みかり会
- (2) 法人所在地 南あわじ市松帆高屋乙 192 番地
- (3) 電話番号 0799-36-2344
- (4) 代表者氏名 理事長 谷 村 誠
- (5) 設立年月日 平成 13 年 4 月 1 日

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上 2 階
- (2) 建物の延べ床面積 154.09 m²
- (3) 施設の周辺環境

南面に明石海峡大橋を眺望する小高い丘に立地し閑静な雰囲気がただよっている。

3. 事業所の説明

- (1) 施設の種類
介護予防通所生活介護事業所 平成 14 年 4 月 1 日指定
兵庫県指定 第 2870800618
当事業所は幼保連携型認定こども園多夢の森と併設されています。

- (2) 施設の目的
介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護予防通所介護サービスを提供します。

- (3) 施設の名称 多夢の森デイサービスセンター

- (4) 施設の所在地 神戸市垂水区南多聞台4丁目4-50
交通機関…西岡橋バス停より徒歩3分
- (5) 電話番号及びFAX番号 電話番号 078-787-0937 FAX番号 078-787-0936
- (6) 所長（管理者） 氏名 谷村 界飛
- (7) 当施設の運営方針

「既成概念」と「発想の転換」を心掛け、老人ホームや病院、公共施設が持つ、マイナスイメージを一掃した人的、物的両面における環境構成をもってサービスの提供を行い、利用者がくつろぎ落ち着いた雰囲気の中で、快適に生活できるようにまた同時に地域住民が持つ“福祉”へのマイナスイメージや価値観の転換を図ることを目的とする。

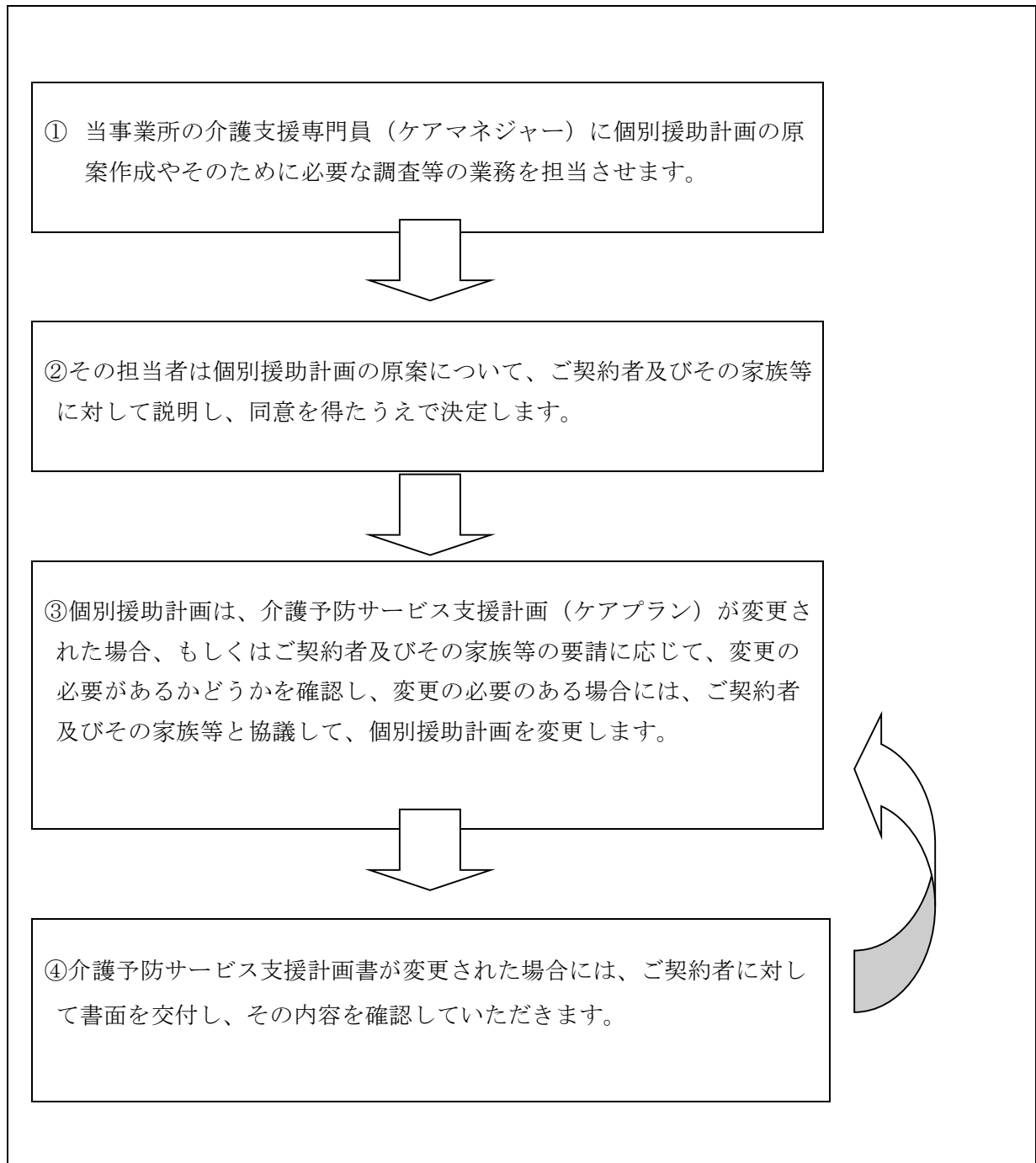
- (8) 開設（サービス開始）年月 平成13年4月1日
- (9) 通常の事業の実施地域 神戸市垂水区及び明石市
- (10) 営業日及び営業時間

介護予防通所サービス	
営業日	月・火・木・金・土曜日（週5日）
定休日	水・日曜日及び1月1日～1月3日
サービス提供時間帯	9時30分 ～ 16時30分

- (11) 利用定員 1日10名

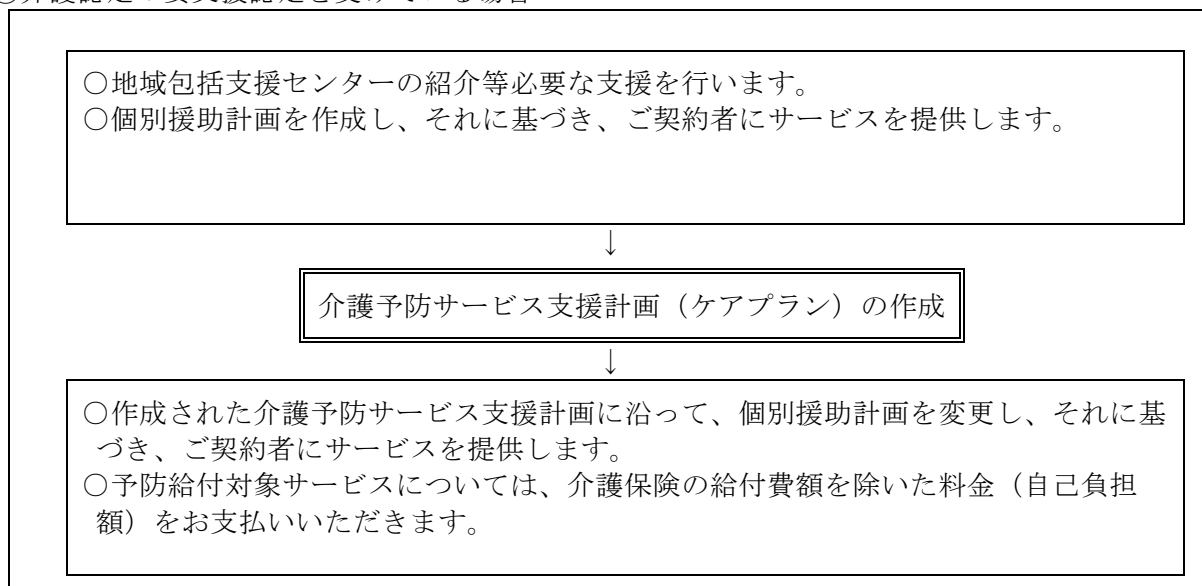
4. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者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、「介護予防サービス支援計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護予防援助計画（以下、「個別援助計画」という。）に定めます。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）

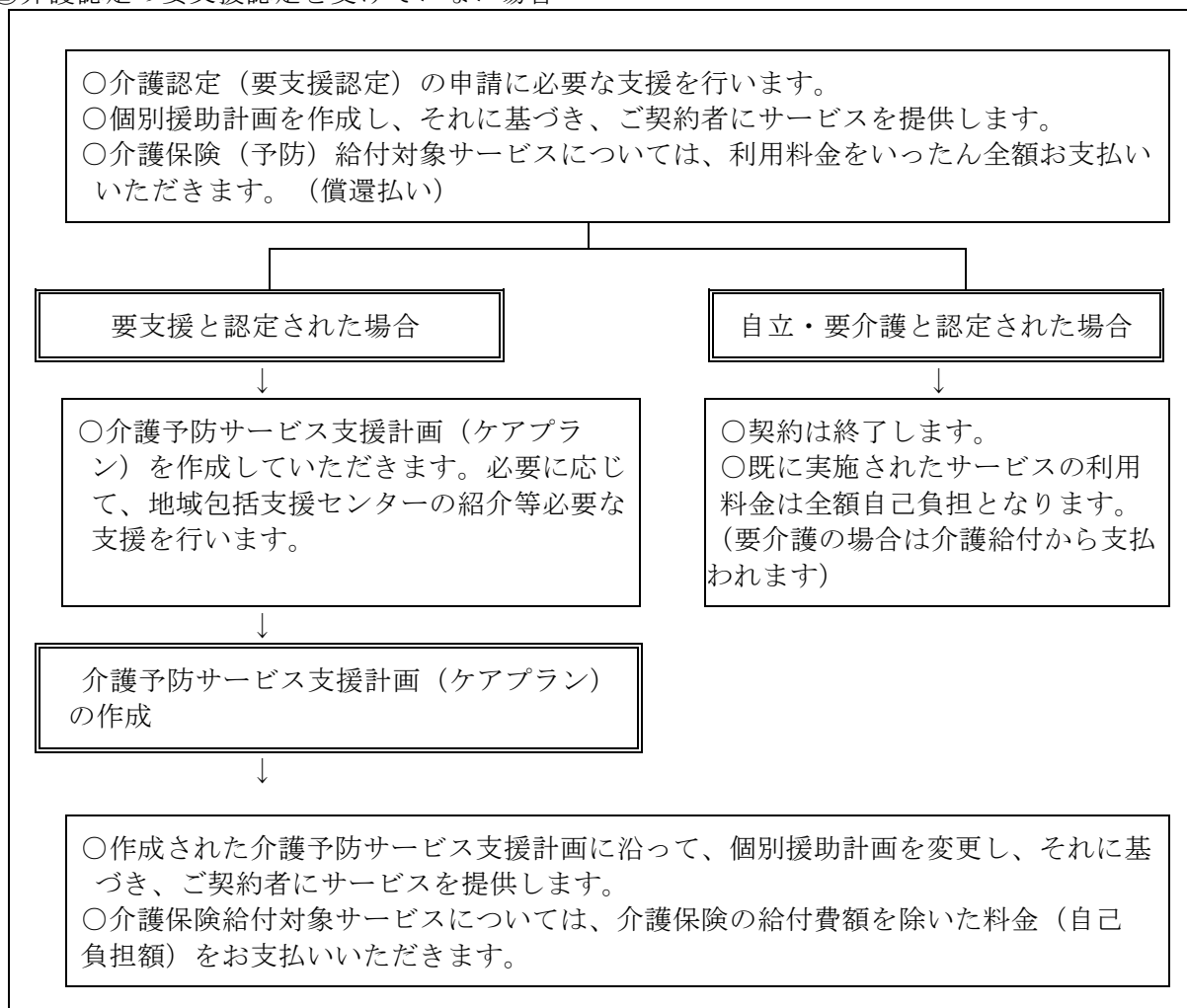


(2) ご契約者に係る「介護予防サービス支援計画（ケアプラン）」が作成されていない場合
のサービス提供の流れは次の通りです。

①介護認定の要支援認定を受けている場合



②介護認定の要支援認定を受けていない場合



5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防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〉

職 種	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	2 名	1 名
3. 介護職員	3 名	1 名
4. 看護職員	1 名	1 名
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名
6. 栄養士	1 名	1 名

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	通所介護
1. 介護職員	勤務時間 8：30～17：00
2. 看護職員	勤務時間 9：00～17：00
3. 機能訓練指導員	勤務時間 9：00～17：00

〈配置職員の職種〉

生活相談員	…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介護職員	…ご契約者の日常生活上の介護並びに、健康保持の為の相談・助言等を行います。
看護職員	…主にご契約者の健康管理や療養上のお世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
機能訓練指導員	…ご契約者の機能訓練を担当します。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- ・介護予防通所介護サービス（小規模型事業所）

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) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の予防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〉

①食事

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況嗜好を配慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。（時間： 12：00）

②入浴

- ・一般浴槽での入浴がご利用いただけます。（入浴の介助を行います）

③排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥アクティビティ

- ・レクリエーションや創作活動にてお楽しみいただきます。

(ii) 〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第8条・重要事項別紙1参照）

ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険の予防給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（サービスの利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります。）

(2) 介護保険の予防給付対象とならないサービス（契約書第5条、第9条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

①介護保険の予防給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険の予防給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、重要事項別紙1の単価及び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

ご契約者は、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ご負担いただきます。

1枚につき 10円

③食費

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：重要事項別紙 1 参照

④レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション・クラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑤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契約者の日常生活に要する費用でご契約者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。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 8 条参照）

前記（1）から（2）の料金・費用は一月単位にて、翌月 10 日以降に請求させていただきます。請求書と同時に集金袋をお渡しいたしますので、翌利用日に現金にてお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 9 条参照）

①利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者に申し出て下さい。

②利用予定日の前日もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前々日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日の利用料金の 50%
利用予定日当日の朝 8 時までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

③介護保険の予防給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の 50%もしくは全額となります。

④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契約者に提示して協議します。

※ なるべくサービスの利用変更につきましては、前日までにご連絡いただきますよう、お願い致します。

(5) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力医療機関

医療機関の名称	山口医院
所在地	神戸市垂水区舞子坂 3 丁目 5 ー 8
診療科	内科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	水谷歯科医院
所在地	神戸市垂水区名谷町字横尾 1786-1 セントラルコート名谷 1

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の 7 日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 18 条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合。
- ②介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要介護と判定された場合。
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合。（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合。（詳細は以下をご参照下さい）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 19 条、第 20 条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約・解除届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ①介護保険の予防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ご契約者が入院された場合。（一部解約はできません）
- ③ご契約者の「介護予防サービス支援計画（ケアプラン）」が変更された場合。（一部解約は出来ません）
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合。
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ①ご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ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 6 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用サービス等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ご契約者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。

(3) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 22 条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第 18 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

8. サービス提供における事業者の義務（契約書第 11 条、第 12 条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、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。当事業所では、ご契約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ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2 年間保管するとともにご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、コピー代は有料となります。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を

記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。

⑥ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に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あらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。

⑦事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご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）。ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

9. 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、身の回り品以外は原則として持ち込むことができません。

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 13 条、第 14 条参照）

①居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

②故意に、またはわず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、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

③当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

(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。

10. 損害賠償について（契約書第 15 条、第 16 条参照）

(1) 当事業所において、事業者の責任によりご契約者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、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(2) 事業者は、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、事業者は損害賠償責任を免れます。

①契約者（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契約者（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契約者の急激な体調の変化等、事業者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契約者が、事業者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。

1 1. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者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。

1 2. 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〕 岩崎 嘉美
〔職名〕 生活相談員
受付時間 毎日 8：30～17：00

○第三者委員

〔氏名〕 総毛 秀子 様
TEL 090-6604-0939

○苦情解決責任者

〔氏名〕 谷村 界飛
〔職名〕 所 長

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ち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
垂水区役所 介護保険担当課	所在地 神戸市垂水区日向1丁目5-1 電話番号 (078) 708-5151 FAX番号 (078) 709-6006 受付時間 9：00～17：15 月～金

令和 年 月 日

指定介護予防通所介護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

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説明を受け、指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所

氏名

印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防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

住所

氏名

印

（契約者との関係 ）

立会人

住所

氏名

印

（契約者との続柄 ）

《 重要事項別紙 》

1. 単位及び料金表

(単位 10.54 円)

要支援度	月 額							利用毎
	予防介護 費 ア	サービス 強化 加算Ⅱ 提供 体制 イ	～円～ 単位 単価	サービス費 計① (ア+イ) ×10.45	保険給付② ①×0.9	負担金 ①－②	利用回数	食費
事業対象者・ 要支援 1・2 (3時間以上)	1798	24	10.54	19204	17284	1920	週 1 回 程度	750
要支援 2 (3時間以上)	3621	48		38671	34804	3867	週 2 回 程度	
事業対象者・ 要支援 1・2 (3時間未満)	1528	24	10.54	16358	14722	1636	週 1 回 程度	750
要支援 2 (3時間未満)	3078	48		32948	29653	3295	週 2 回 程度	

- ① 食費については利用 1 回につき、昼食 6 2 0 円とおやつ 1 3 0 円をいただきます。
- ② ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なる場合があります。
- ③ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ…所定単位数の 90/1000 加算