ふれ愛の家　「指定通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（堺介事第３９７４号）

当事業所はご契約者に対して指定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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

１．事業者
２．事業所の概要
３．事業実施地域及び営業時間
４．職員の配置状況
５．当事業所が提供するサービスと利用料金
６．苦情の受付について
７．事故発生時の対応について
８．高齢者虐待防止について
９．秘密保持と個人情報保護
１０．緊急時の対応
１１．サービス提供における事業者の義務
１２．サービスの利用に関する留意事項
１３．損害賠償について
１４．サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

１．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　東光学園
（２）法人所在地　　大阪府堺市中区土塔町２０２８番地
（３）電話番号　　０７２－２３７－６１６１
（４）代表者氏名　　理事長　　渡邉　　純
（５）設立年月　　昭和２７年５月１日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類　　指定通所介護事業所・令和２年４月１日指定
堺介事第３９７４号
※当事業所は特別養護老人ホームふれ愛の家に併設されています。
（２）事業所の目的　　指定通所介護は、介護保険導入に伴い、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ます。
（３）事業所の名称　デイサービスセンター　ふれ愛の家
（４）事業所の所在地　大阪府堺市中区土塔町２０２８番地
（５）電話番号　　０７２－２３７－１９７９
（６）事業所長（管理者）氏名　　梶山　尚也
（７）当事業所の運営方針　　利用者の身体的、精神的状態に応じた個別的な介護サービスを提供しながら、利用者の意思を尊重し、自立支援を行うことを基本に介護サービスを提供します。
（８）開設年月　　平成８年３月２９日
（９）利用定員　　３０人
(10) 事業所が行っている他の業務
［指定介護予防通所介護］　　令和２年４月１日指定
堺介事第３９７４号

３．事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域　堺市
（２）営業日及び営業時間

営業日	日曜日・１２／３１～１／３を除く毎日
受付時間	月～土　８：３０～１７：３０
サービス提供時間	月～土　８：４０～１６：１０

４．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

職種	常勤換算	指定基準	配置人数
１．事業所長（管理者）	０．２５	名	１名
２．生活相談員	１．４	１名	２名（内兼務１名）
３．介護職員	５．４	４名	８名（内兼務１名）
４．看護職員	１．１３	１名	２名
５．機能訓練指導員	０．３２５	１名	１名
６．栄養士	０．２５	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事業所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。

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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、ご契約者の負担割合に応じ通常利用料金の７割～９割が介護保険から給付されます。

① 入浴

・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 食事（食事時間１２：００～）

・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および嗜好を考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。

③ 排泄

・ご契約者の排泄の介助を行います。

④ レクレーション

・ご希望により事業所において実施されるレクレーションに参加していただけます。

・参加は無料です。材料代等の発生する場合は事前に通知の上徴収致します。

⑤ 機能訓練

・機能訓練指導員、生活相談員、介護職員、看護職員が共同して個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行ない、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

⑥　健康チェック

・看護師による健康チェックを行います。

⑦　送迎

・送迎車により、事業所と自宅の間を行います。

・通常の営業時間の利用の方を送迎します。

⑧　生活相談

・事業所の従業者はもとより、関係機関等の連絡調整し生活の向上を目指します。

（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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①　食費

・ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：６００円（税込）

②　通常の事業実施区域外への送迎

・通常の事業実施地域(堺市)以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、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

事業所から片道概ね１０ｋｍ未満　：　１，５００円

事業所から片道概ね１０ｋｍ以上　：　３，５００円

③　複写物の交付

・ご契約者は、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（税込）

④　排泄用品

オムツ 100 円　リハビリパンツ 100 円　パット 50 円（税込）

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くことがあります。

（３）サービス利用料金

下記の料金表によって、ご契約者の要介護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、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）【6 時間以上 7 時間未満の場合】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	加算		
						入浴	中重度ケア加算	サービス提供体制
基本単位	584	689	796	901	1008	40	45	18
負担金＊①	611 円	720 円	832 円	942 円	1053 円	＊② 42 円	※③47 円	※④19 円

食費＊④	１食：６００円	

＊表に示す一覧表は、利用時間 6 時間以上 7 時間未満のご利用単位となります。
負担金については 1 割負担を目安で表示しています。(負担割合が 2 割の方はおよそ 2 倍、3 割の方はおよそ 3 倍の御利用負担金額となります。)
提供時間や利用回数によって御利用料金は変わりますのでご了承ください。

＊ 認知症加算（60 単位/日、63 円)、科学的介護推進体制加算（40 単位/月、42 円)、個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（56 単位/日、58 円)、個別機能訓練加算（Ⅱ）(20 単位/月、21 円)、ADL 等維持加算（30 単位/月、32 円）口腔機能向上加算（Ⅰ）(150 単位/月 2 回まで、157 円）処遇改善加算Ⅱ(9.0%)などがあります。

＊ 新年度や年度途中より加算の追加算定や取り下げ等があります。その際は事前にお知らせを配布させていただきご説明の上、ご同意させていただくことがあります。

＊ ①②③④の合計額が 1 回ご利用あたりの目安となります。ただし、入浴加算・個別機能訓練加算・口腔機能向上加算については、ご契約者の選択サービスとなります。

・ご契約者がまだ要介護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。要支援又は要介護の認定を受けた後、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)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

・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、ご契約者の負担額を変更します。

（４）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、翌月中旬までに、ご請求しますので、翌月 22 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

１、下記指定口座への振り込み
りそな銀行　　金岡支店　　普通預金　　５９００４１８
＊ただし手数料はご利用者様負担となります。
２、金融機関口座からの自動引き落とし
＊金融機関、郵便局でご利用になれます。
３、現金による支払い

（５）利用の中止・変更・追加

・利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

・利用予定日の前日までに申し出がなく、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は、この限りではありません。

利用予定日の８:３０までに申し出があった場合	無料
利用予定日の８：３０に申し出がなかった場合	当日の利用料金の５０％ （自己負担相当額）

・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、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

６．苦情の受付について

（１）当事業所における苦情の受付

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。

・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）　前岡　宏明

ＴＥＬ　２３７－１９７９・ＦＡＸ　２３５－７８５７

受付時間　　毎週月曜日～土曜日

９：００～１７：００

・苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

（２）行政機関その他苦情受付機関

・堺市介護保険課　堺区南瓦町３－１　　電話番号　０７２－２２８－７５１３
・中区地域福祉課　中区深井沢町２４７０－７　　電話番号　０７２－２７０－８１９５
・堺区地域福祉課　堺区南瓦町３－１　　電話番号　０７２－２２８－７４７７
・東区地域福祉課　東区日置荘寺町１９５－１　　電話番号　０７２－２８７－８１１２
・西区地域福祉課　西区鳳東町６丁６００　　電話番号　０７２－２７５－１９１２
・南区地域福祉課　南区桃山台１丁１－１　　電話番号　０７２－２９０－１８１２
・北区地域福祉課　北区新金岡町５丁１－４　　電話番号　０７２－２５８－６７７１
・美原区地域福祉課　美原区黒山１６７－１　　電話番号　０７２－３６３－９３１６
・大阪府国民健康保険団体連合会　　電話番号　０６－６９４９－５４１８

（３）苦情処理第三者委員

・末久　万里香　　電話番号　０７０－８５２０－５０３２
・小名　京子　　電話番号　０９０－５８８２－２１４６
・原田　光雄　　電話番号　０８０－１４３３－７６４１

７．事故発生時の対応

当事業所利用者に対して行う指定通所介護事業の提供により、事故が発生した場合には速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った指定通所介護事業の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

８．高齢者虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・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研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や技術の向上に努めます。

②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

③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、従業員が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

９．秘密保持と個人情報保護（使用同意など）

事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。事業者は、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等において、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、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

１０．緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

◇協力医療機関

・ベルランド総合病院　　０７２－２３４－２００１
・堺平成病院　　０７２－２７８－２４６１
・医療法人　錦秀会　　０７２－２７７－１４０１
・馬場記念病院　　０７２－２６５－５５５８

１１．サービス提供における事業者の義務

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･確保に配慮します。

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うえ、ご契約者から聴取、確認します。

③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、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

１２．サービスの利用に関する留意事項

（１）施設・設備の使用上の注意

①施設、設備、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、又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。

（２）活動の制限

・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、営利活動を行うことはできません。

（３）喫煙

・事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

（４）サービス利用中の金品の授受について

・利用者間や職員への金品の授受は、禁止します。利用者間で問題が生じた場合においても事業所では、一切責任をとりません。

（５）診断書の提出依頼について

・必要な場合には、医師の診断書を提出して頂きます。継続して利用されている場合でも利用者の健康状態により、提出して頂く場合があります。

１３．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時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

１４．サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

・契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の２日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に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。

①ご契約者が死亡した場合 ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が非該当と判定された場合

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

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約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日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

①介護保険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

③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン)」が変更された場合

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通所介護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、又は著しい不信行為、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

以下の事項に該当する場合には、本契約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３か月以上遅延し、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者等の生命・身体・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

（3）契約の終了に伴う援助

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。

１５．第三者評価の実施状況　　（ 有 ・ (無) ）

指定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。
令和　　年　　月　　日

デイサービスセンター　ふれ愛の家

説明者名　　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ました。

利用者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代筆者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印