社会福祉法人紫水会

デイサービスセンター　あおやま

介護予防型通所サービス
選択型通所サービス
重要事項説明書

（令和２年１０月２４日以降）

介護予防・日常生活支援総合事業第１号通所事業
介護予防型通所サービス兼選択型通所サービス重要事項説明書

サービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

１．事業者について
（１）法人名　　社会福祉法人　紫水会
（２）法人所在地　　大阪府交野市青山３丁目４３２番地
（３）電話番号　　電話：０７２－８９３－０３２８　　FAX：　０７２-８９３-３３８９
（４）代表者氏名　　理事長　　田 中　茂

２．事業所の概要について
（１）事業所の名称　　デイサービスセンター　あおやま
（２）事業所の種類　　介護予防型通所サービス・選択型通所サービス
（３）事業所番号　　２７７３６００５１１
（４）事業所の所在地　　大阪府交野市青山３丁目４３２番
（５）連絡先　　電話：０７２－８９３－０３２８　　FAX：　０７２-８９３-３３８９
（６）管理者　　田 中　　佳 折
（７）事業所の目的・運営の方針目的
（事業の目的）　　自立・要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
（運営の方針）　　事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、地域包括支援センター、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス機関等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。
（８）開設年月：利用定員　　平成２９年４月１日
・平成３０年１２月２１日 介護予防型通所サービス利用者定員３９名／日
（併設事業通所介護サービス利用者定員と併せて日４５名を上限とする）
・平成３０年１２月２１日　選択型通所サービス利用者定員１５名／日
（９）利用対象者　　要支援認定を受けた方及び地域包括センター等が実施するチェックシート等により利用が必要と認められた方。
（９）通常の事業の実施地域　　交野市、枚方市、
(10) 営業日　　月曜日から土曜日（但し、１２月３１日から１月３日は休み）
(11) 営業時間　　午前８時３０分～午後５時３０分
(12) サービス提供時間　　午前８時３０分～午後４時３０分

３．職員の配置について
介護保険法及び関係法令（要綱）等で定められた指定基準に従って、資格等を有する職員を配置しております。

従業者の職種	常勤	非常勤	形態	指定基準
管理者	１名	名	併設事業と兼務	１名
生活相談員	３名	名	併設事業と兼務	１名
介護職員	８名	１６名	併設事業と兼務	７名 / 介護予防型通所
				１名 / 選択型通所
看護職員	３名	３名	併設事業と兼務	１名
機能訓練指導員	３名	２名	併設事業と兼務	１名

管理者…従業者の管理及び利用者の調整や実施状況把握に努めます。
介護職員…日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
生活相談員…日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
看護職員…健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
機能訓練指導員…機能訓練を担当します。

４．提供するサービスの内容について

第１号通所事業（介護予防型通所サービス及び選択型通所サービス）は、事業者が設置する事業所に通っていただき、利用者の心身機能の維持・向上を図るサービスです。入浴、排せつ、食事等の介護、送迎(必要に応じて)、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う。記録物については、事業に関する記録物を整備し、サービスを提供した日から５年間は保存・保管するものとする。

５．利用料について　（料金・加算等の項目等は別表参照）

（１）利用された介護予防通所型サービス費又は選択型通所サービス費及び、加算サービス費や体制加算費の利用者の介護保険負担割合証記載された割合に応じた自己負担額をお支払いください。但し、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

＊　上記のサービス費については、厚生労働大臣が定める額、又は市町村が告示(要綱等)で定める金額であり、これが改定された場合は、改定された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。（その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（２）（１）以外の費用（別表参照）

①　食事の材料費（提供費）
②　おむつ代
③　複写物　（当事業所が利用者に提供させていただいた内容の記載物に限る）
④　日常生活に必要な物品で、利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用。
⑤　個別の嗜好品・レクレーション材料費で、利用者等に説明､同意を得られた費用。

＊　社会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。その場合は速やかに変更の内容と変更する事由について説明を行います。

（３）キャンセル料

利用予定当日の午前８時３０分までに事業所に連絡無く、サービス提供をキャンセルされた場合、キャンセル料として、上記（１）の費用の全額、及び食費をいただく場合があります。但し、利用者及びその家族等の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、月単位の定額サービス事業分については、キャンセル料は不要とします。

６．請求・支払い方法、領収書について

(請求について)

原則、利用月の月末に、介護予防通所型サービス費又は選択型通所サービス費及び、加算サービス費や体制加算費利用料及びそれ以外の費用の計算をさせていただきます。（サービス内容がわかる明細書等を請求書に添付いたします。）
利用月の翌月に、利用時又は郵送にて請求書をお渡しさせていただきます。
介護保険要介護認定が未確定や月途中で変更された場合で請求金額に誤りがみられた場合は、変更内容の確認、修正確認が取れ次第、再度、計算をさせていただき、差額分を請求又は返金させていただきます。

(支払い方法)

請求させていただきました内容をご確認いただき、内容に誤りがなければ、下記の方法にてお支払いください。

①　自動引き落しによるお支払い(郵貯銀行口座のみ対応)
毎月２６日に自動引落させて頂きます。（２６日が祝日等で営業を行っていない時は、翌（翌々）日の営業日になります。）

② 現金によるお支払い（窓口払い）
③ 事業者指定口座へのお振込み
ゆうちょ銀行　種類　　当座
口座番号　００９１０－２　，０２６７１３７
口座名義　介護老人保健施設　青山
（注意）振込用紙にご依頼人欄に利用者氏名も記入してください。
振込み手数料は、振込み者様のご負担でお願い致します。

（領収書について）
支払い（入金）確認が出来ましたら、領収書を発行いたします。
（自動引き落し・振込みでの支払いにつきましては、入金の確認に数日かかりますので、領収書の交付が支払い月の翌月になる場合があります。）

７．利用の中止、変更について
（１）ご利用者の都合により、サービスの利用を中止又は休み、変更をされる場合は、サービスの実施日の前日までに事業所営業時間内にご連絡ください。又、利用予定当日、体調不良や急用の為休まれる場合は、利用予定当日の午前８：００から８：３０までに、連絡してください。
（２）利用予定日の変更を希望される場合は、当事業所又は担当の居宅介護支援専門員又 は地位包括支援センター担当者に連絡してください。
＊ 変更や追加利用等、出来る限りご希望に添えるように努力いたしますが、送迎、利用定員、利用回数制限等の都合により、対応できない場合や時間の変更を依頼する場合があります。
＊ 入院や一時的な帰省等にて、長期間利用を中止され、再度、利用再開を希望された場合に、以前同様の利用曜日、時間、内容で対応させていただけない場合があります。

８．秘密の保持と個人情報の保護について
（秘密の保持）
事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知りえた利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由無く、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約（利用）が終了した後も継続します。
（個人情報の保護について）
事業者は、利用者から予め文書にて同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報及び利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は利用者及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、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ます。

９．緊急時の対応
サービスの提供を行っている時に、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等の措置を講ずるとともに管理者に報告いたします。緊急を要する場合には、緊急搬送等の必要な措置をとらせていただきます。

１０．　事故発生時の対応について
（１）利用者に対するサービス提供により事故等が発生した場合は、市区町村、利用者の家族、利用者に係る地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとします。
（２）利用者に対するサービス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 を速やかに行うものとします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を考慮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。

１１．　契約の解除（解約）について

利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用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７日前までにお申し出ください。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 要介護認定で要介護１から５の認定を受けられた場合。
② 各サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
③ 医療機関の入院や施設入所等され、利用再開の見込みがない場合。
④ 利用者のケアプラン等が変更され当サービスの利用が不必要となった場合。
⑤ 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。
⑥ 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。
⑦ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体、財物、信用等を傷つける等の著しい不信行為、他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
⑧ 他の利用者が利用者の身体、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 利用者が、契約締結日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 サービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた勧告にもかかわらずこれが支払われない場合。
③ 利用者が、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等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
④ 利用者の心身の状態や社会環境の変化等により、適切かつ安全にサービスの提供が困難と管理者等が､判断させていた場合。

＊ 上記等にて、利用の中止させていただく場合において、できるかぎり協議等に応じて、猶予期間等の対応を取らせていただきますが、やむを得ないと判断させていただいた場合は、即日、利用を中止又は一時中止させていただきます。

１２．　苦情・相談について

サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口等でお受けします。

① 当事業所における苦情・相談の受付
苦情受付窓口（担当者）小川　浩司　（又は支援相談室担当相談員）
所在地・交野市青山３丁目４３２番
電話番号　０７２－８９３－０３２８　（FAX０７２－８９３－３３８９）
受付時間　毎週月曜日～土曜日　　８：３０～１７：００

② 行政機関その他苦情受付機関
・交野市保健福祉部高齢介護課
所在地　大阪府交野市天野が原町５丁目５番１号
電話番号　０７２－８９３－６４００
受付時間　毎週月曜日～金曜日　午前９時～午後５時
・枚方市地域包括推進課
所在地　大阪府枚方市大垣内町 2-1-20
電話番号　０７２－８４１－１４５８
受付時間　毎週月曜日～金曜日　午前９時～午後５時
・大阪府国民健康保険団体連合会
所在地　大阪市中央区常盤町１－３－８
電話番号　０６－６９４９－５４１８　　受付時間　午前９時～午後５時まで

１３．　虐待防止について

事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に揚げるとおり必要な処置を講じます。

① 虐待防止に関する担当者を選定いたします。
事業所窓口：当事業所内１階事務所（担当：生活相談員　責任者：管理者）

② 成年後見制度の利用の支援

③ 虐待に関する苦情解決･相談対応の体制を整備します。

④ 従業者に対して虐待防止を啓発･普及するための研修を実施します。

⑤ 事業者はサービス提供中に、当該事業所又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村等関係機関に通報（連絡）いたします。

１４．　身体拘束その他の行動制限防止について

① 事業所は、利用者または他の利用者などの生命又は身体を保護するため緊急やむえない場合を除き、利用者に対し身体的拘束その他の方法により利用者の行動を制限しません。

② 事業者が利用者に対し、身体的拘束その他の方法により利用者の行動を制限する場合は、利用者に対し事前に、行動の根拠、内容、見込まれる期間について十分に説明し、利用者に同意能力がある場合は、その同意を得ることとします。また、この場合事業者は、事前または事後速やかに、利用者の後見人または利用者の家族に対し、利用者に対する行動制限の根拠などを十分説明します。

③ 事業者が利用者に対し、身体的拘束その他の方法により利用者の行動を制限した場合には、介護サービス記録等に記載します。

１５．　非常災害時の対策について

非常災害時に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者、または火気・消防等についての責任者を定め、年２回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

１６．　第三者評価について

第三者評価については、現在、受けておりません。又、評価等受けた場合は、その結果等を施設内に掲示等にて、自由に閲覧できるようにいたします。

１７．　サービス利用に関する留意事項

① 利用者の介護保険・医療保険関係書類の変更や更新された場合は、その内容等、速やかに事業所に提示・連絡してください。

② 事業所、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

③ 故意に、又は僅かな注意を払えば避けられたにもかかわらず事業所設備を壊したり、汚したりした場合には、利用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。

④ 当事業所の職員や他の利用者等に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、販売等営利活動を行うことはできません。

⑤ 事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

⑥ 利用者様の私物等の衣類や消耗品、介護用品、物品等の故障、破損等について、明らかな当事業所の過失がない限り利用者自身にて処理対応していただきます。

⑦ 上記以外で、管理者及びサービス従事者の判断により、サービス提供に適さない行為等がみられた場合、注意等に従って頂きますようお願いいたします。（当事業所が許可している以外の飲食物等による事故、又は他者との間での金銭・飲食物・物品等のやりとり等にて生じたトラブル等に対して、当事業所は責任を負えない場合があります。）

⑧ 利用者ご家族様等の申し出により、記録物等閲覧や事業所見学･体験利用等していただくことができます。（書類の準備、見学利用日時等の調整が必要な場合があります。）

⑨ 介護保険制度等の改正等により、サービス内容、料金、運営等に変更が合った場合は、別紙書面等にて、お知らせさせていただきます。

１８． その他

令和　　年　　月　　日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事　業　者　　所在地　　大阪府交野市青山３丁目４３２番
事業者　　社会福祉法人　紫水会
代表者　　理事長　田中　茂　　印

説明者：　　印　.

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

(私)
利用者検討者　住　所　　.

氏　名　　印　.

上記の者の家族等（又は法定代理人）

住　所　　.

氏　名　　印　.

本人との続柄：　　.

デイサービスセンターあおやま：通所型サービス料金表　令和6年6月1日制度改正時点の基準額

サービス・加算項目等			単位数	1割負担額
介護予防通所型サービス （サービスコードA6） 基本利用単位	事業対象者 ・要支援1	月5回以上 （月額）	1,672 単位	約 1,748 円
	事業対象者 ・要支援2	月9回以上 （月額）	3,428 単位	約 3,583 円
	事業対象者 ・要支援1・2	月4回まで （1回）	384 単位	約 402 円
	事業対象者 ・要支援2	月5回以上 8回まで （1回）	395 単位	約 413 円
若年性認知症受入加算	（月額）		240 単位	約 251 円
生活機能向上グループ活動加算	（月額）		100 単位	約 105 円
運動器機能向上加算	（月額）		225 単位	約 236 円
栄養アセスメント加算	（月額）		50 単位	約 53 円
栄養改善加算	（月額）		200 単位	約 209 円
口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ	（月額）		150～160単位	約157～168円
運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上のうち、 2つのサービスを受けられた場合	（月額）		480 単位	約 502 円
運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上の全ての サービスを受けられた場合	（月額）		700 単位	約 732 円
科学的介護推進体制加算	（月額）		40 単位	約 42 円
口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ・栄養ｽｸｰﾘﾝﾆﾝｸﾞ加算	（月額）		20～5単位	約21～6円
生活機能向上連携加算	（月額）		100 単位	約 105 円
体制強化加算（Ⅰ）：要支援1・事業対象者	（月額）		88 単位	約 92 円
体制強化加算（Ⅰ）：要支援2・事業対象者	（月額）		176 単位	約 184 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） （1ヶ月）	上記の利用単位数の1ヶ月分利用合計単位数×111/1000が利用単位数及び料金になる			
選択型通所サービス （サービスコードA7） 基本利用単位	事業対象者 ・要支援1	月8回まで （1回）	269 単位	約 282 円
	事業対象者 ・要支援2	月12回まで （1回）	269 単位	約 282 円
送迎（片道）	（1回）		34 単位	約 36 円
入浴	（1回）		34 単位	約 36 円
食事	（1回）		34 単位	約 36 円
食費（昼食・おやつ）				720円／食

＊上記以外で、費用が発生する場合は、別紙案内説明等を行い個別に請求させていただきます。

＊基本的には月単位の定額での請求になりますが、月途中での介護度の変更や介護予防短期入所等のサービスを利用された場合は、日割り計算になります。

＊上記、介護保険サービス自己負担額は1割負担の金額になります。