

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業(予防給付型通所サービス事業)
大日俱樂部 ヒメジオン
重 要 事 項 説 明 書**

当事業所は和歌山市の指定を受けています。
(和歌山市指定 3070107572 号)

当事業所はご契約者(以下利用者とする)に対して予防給付型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。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定に基準等に関する省令第2条第1項第1号に掲げる要支援及び事業対象者の方が対象となります。

1. 事業者

- | | |
|----------|----------------|
| (1)法人名 | 社会福祉法人 寿敬会 |
| (2)法人所在地 | 和歌山県和歌山市平尾2番地1 |
| (3)電話番号 | 073-478-3437 |
| (4)代表者氏名 | 理事長 中谷 剛 |
| (5)設立年月 | 昭和55年9月30日 |

2. 当事業所の概要

- | | |
|--------------|--|
| (1)当事業所の種類 | 第1号通所サービス【予防給付型通所サービス】平成29年4月1日指定 |
| (2)当事業所の目的 | 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出来るよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。 |
| (3)当事業所の名称 | 大日俱樂部 ヒメジオン |
| (4)当事業所の所在地 | 和歌山県和歌山吉田423番地 |
| (5)電話番号 | 073-432-8001 |
| (6)当事業所 管理者 | 松林 正樹 |
| (7)当事業所の運営方針 | <ul style="list-style-type: none">① 利用者の要支援状態の軽減・予防・悪化防止を目標として具体的な目標設定をし、計画的に利用者の立場にたったサービスの提供に努める。② 利用者・家族に必要とされる事項について理解しやすいように指導・説明を行う。③ 利用者の状態の的確な把握に努め、利用者・家族の要望に応えられるよう適切なサービスの提供に努め、またそのシステムを整える。④ 利用者の人格を尊重し、その人らしい尊厳のある人生を支援します。 |
| (8)開設年月 | 平成28年 8月 1日 |
| (9)利用定員 | 18人 |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1)通常の事業の実施地域 和歌山市

(2)営業日及び営業時間

営 業 日	月・火・水・木・金・土、祝祭日を含む	
受 付 時 間	月～土曜日	8:30～17:30
通常サービス提供時間	月～土曜日	9:30～16:40

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して予防給付型通所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> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職員数	指定基準
1. 管理者	1 名	1 名
2. 生活指導員	1名以上	1 名
3. 介護職員	2 名以上	2 名
4. 看護職員	1 名以上	1 名
5. 機能訓練指導員	0 名	0 名

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間： 8:30～17:30 ☆原則として、職員 1 名あたり利用者 5 名のお世話をします。
2. 看護職員	勤務時間： 8:30～17:30 ☆原則として、1 名の看護職員が勤務します。
3. 機能訓練指導員	通常サービス提供時間帯に 1 名、看護師を配置しています。

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、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|--|
| (1) 利用料が第1号事業支給費から給付される場合
(2) 利用料金の全額を利用者にご負担いただく場合 |
|--|

(1) 介護保険の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常 9 割又は8割)が第1号事業支給費から給付されます。

※ 選択的サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類については、介護予防ケアマネジメント計画に基づいて予防給付型通所サービス計画を定めます。

(1)提供するサービスの内容

☆共通的服务

第1号通所事業(予防給付型通所サービス)は、事業者が設置する当事業所(デイサービスセンター)に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、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ことにより、利用者の心身の機能を図るサービスです。

☆選択的サービス

以下のサービスは介護報酬の選択的サービスとなっています。ご利用の際には利用料の負担割合証に応じた額となります。

①生活機能向上グループ活動加算

複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスを準備し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスを実施します。

②若年性認知症利用者受入サービス

若年性認知症(40歳以上65歳未満)のご利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

(2)サービス利用頻度

サービス計画に沿いながら、利用者と協議の上決定し、介護予防サービス計画に定めます。

(3)サービス利用料金(1ヶ月あたり)

別紙料金表により、要介護状態区分等に応じたサービス利用料金から第1号事業支給費相当の介護保険負担割合証に記載されている割合の額の支払いを受けるものとする。

☆ 利用者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

☆ 第1号支給費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、利用者の負担額を変更します。

<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利用者の負担となります。

①食費の提供にかかる費用

料金:1回当たり600円(おやつ代含む)

※夕食500円(希望者のみ)

②レクリエーション・クラブ活動

材料代等の実費をいただきます。

③日常生活上必要となる諸費用

おむつ代:実費

④日常生活に要する費用でご利用者様にご負担いただく事が適当なものは実費となります。

⑤規定する額の算定に係る単位数は区分に応じ、定める単位数を超えることができない。

(3)利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)のサービス利用料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月10日に請求させていただきますので、その月の20日までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。

- | |
|---|
| ア、現金払い
イ、指定口座への振込み
ウ、金融機関口座からの自動引き落とし |
|---|

(4)利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に、利用者の都合により、予防給付型通所サービスの利用を中止又は変更、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当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、当事業所の稼働状況により利用者の希望する日に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に提示して協議します。

☆予防給付型通所サービス(現行相当サービス)を利用の場合、利用者との契約開始又は解除については、契約日(サービス事業者と利用者が契約を締結した日)又は契約解除日を起算日として

日割りで算定します。ただし、契約月内にサービス提供がなかった場合、当該月については報酬算定することができません。その場合、初回のサービス提供日の属する月以降、月額報酬の算定が可能です。

また、月途中で利用者が死亡した場合は契約解除の取り扱いに準じ、死亡日を起算日として日割り請求を行います。

☆ 月の途中で要支援度が変わった場合には、日割り計算によりそれぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

6. 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、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。
- 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、営利動を行うことはできません。
- ④デイサービス利用にあたって、施設を利用されている利用者の共同生活の場としての快適全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(持ち込みの制限)

利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

- 1.危険物(爆発物、刃物、毒物等他の入居者との生活に支障をきたすと判断されるもの)
- 2.火災の恐れがあるもの(マッチ、ライター、カセットコンロ、可燃物等)
- 3.その他、共同生活の場として、当事業所が危険であると判断したもの

7. サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

(1) 利用者からの契約解除の申し出

契約の有効期間は、利用者の介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業対象者認定の有効期限までとし、利用者から有効期間満了日の7日前までに申し出のない場合は自動更新となります。

尚、事業対象者については有効期間に終期がないため契約の有効期間であっても、契約終了を希望する日の7日前までに当事業所に申し出るにより解約することができます。

ただし、以下の場合には、申し出により即時に契約を解除することができます。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">① 第1号事業サービス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 利用者が入院された場合③利用者の「介護予防給付型通所サービス計画」が変更された場合④当事業所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当事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合⑥当事業所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、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、当事業所が適切な対応をとらない場合 |
|---|

(2)当事業所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、要介護認定により心身の状況が自立又は要介護と判定された場合
- ②利用者またはその身元引受人、ないしはご家族(内縁関係等を含む)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
- ③利用者またはその連帯保証人、ないしはご家族(内縁関係等を含む)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
- ④利用者またはその身元引受人、ないしはご家族(内縁関係等を含む)が、故意又は重大な過失により事業所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
- ⑤ハラスメントの禁止
職員への次のようなハラスメントは固くお断りします。ハラスメントなどにより、サービスの中断や契約を解除する場合があります。当事業所の快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします。
 - (1)身体的暴力・・・身体的な力を使って危害を及ぼす行為
例：コップを投げつける。たたく。唾を吐く。
 - (2)精神的暴力・・・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。
例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。
 - (3)セクシュアルハラスメント・・・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求など
性的な嫌がらせ行為。
例：必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。

<身元引受人>

利用者は、契約時に利用料金等の滞納があった場合に備えて、債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。

<連帯保証人>

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額 20 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び当事業所は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、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。

8. サービス提供時における事業所の義務

当事業所では、ご利用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利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②利用者の体調、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、利用者から聴取、確認し、健康に配慮します。
- ③利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、利用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。
- ④利用者へのサービス提供時において、利用者に病状の急変その他緊急事態が

生じた場合は、速やかに主治医又は医療機関へ連絡し、その指示に従い受診等の必要な措置を講ずるとともに管理者に報告します。

⑤事故が発生した場合、市町村、家族、地域包括支援センター、居宅介護支援者に連絡するとともに必要な措置をとります。

⑥当事業所及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又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。従事者でなくなった後においても同様とします。(守秘義務)

ただし、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

⑦感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、業務継続計画に従って必要な措置を行います。職員に対し、業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を定期的の実施します。定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

⑧人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため等に人権擁護推進員を配置し、研修の実施等を行います。

⑨当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため等のため、虐待防止委員会の定期的開催や指針整備、虐待発生時の再発防止策の検討、担当者を定める等の必要な措置を行います。その結果等について職員に周知徹底を図ります。職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに市町村等関係者に報告します。

⑩ハラスメントにおいては、当事業所において行われる性的な言動や優越的な関係を背景とした言動にて従業者の就業環境が害される場合やその防止のための措置を行います。

9. 個人情報の保護について

当事業所は、契約の締結に際して取得した個人情報、及び今後保有する利用者の個人情報を、別紙個人情報保護方針に基づき適正かつ関係法令に従い保護します。

個人情報の利用目的について別に定め、その定めた利用目的を達成する為の使用範囲においてのみ使用します。

10. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご利用者に生じた損害や、実施したサービスに不法行為責任があった場合については、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、利用者または身元引受人・連帯保証人故意又は過失、不法行為があったことが認められる場合には、利用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。

尚、事業者は、自己の責に帰すべき事由がない或いは、実施したサービスに不法行為責任がない限り、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 利用者または身元引受人・連帯保証人が、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 利用者または身元引受人・連帯保証人が、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、利用者の責任に起因する等、事業者の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専ら起因して損害が発生した場合

11. 苦情の受付について

(1) 苦情の処理

- ①利用者からの苦情に迅速、且つ適切に対応するため処理体制や手順等を定めます。
- ②市町村が行う質問や紹介に協力して、市町村からの指導・助言を受けた場合は必要な改善を行います。
- ③利用者からの苦情に関し、国民健康保険団体連合会の調査に協力し、その指導・助言を受けた場合は必要な改善を行います。

(2) 苦情の受付

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ています。

苦情受付窓口(担当者) 岡本 充由

受付時間 毎週月～土曜日 8:30～17:30

受付電話番号 073-478-3437

(3) 行政機関その他苦情受付機関

和歌山市役所 地域包括支援課	所在地 和歌山市西汀丁 36 番地 電話番号 073-435-1197 受付時間 9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 和歌山市吹上二丁目 1 番 22 号 電話番号 073-427-4662 受付時間 9:00～17:00
和歌山県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 和歌山市手平 2 丁目 1-2 電話番号 073-435-5527 受付時間 9:00～17:00

(*) 住所地の市町村役場で苦情受付できます。

12. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	② なし		

以下 余白

重要事項説明書 同意書

令和 年 月 日

指定予防給付型通所サービスの開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 住 所 和歌山市平尾 2 番地 1
事 業 者 名 社会福祉法人 寿敬会
代表者氏名 理事長 中 谷 剛 ⑩

説明者 当事業所名 大日倶楽部ヒメジオン

職 名 _____

氏 名 _____ ⑩

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、指定予防給付型通所サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

利用者が署名出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名捺印を代行します。

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(利用者との関係)

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(利用者との関係)

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(利用者との関係)