

重要事項説明書（介護予防・日常生活支援総合事業）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 号）」第 10 条の規定に基づき、指定通所介護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 箕面市社会福祉協議会
代表者氏名	会長 石田 良美
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	〒562 - 0036 箕面市船場西一丁目 11 番 35 号 総務課 TEL : 072 - 749 - 1575
法人設立年月日	昭和 47 年 5 月 26 日

2 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	社会福祉法人 箕面市社会福祉協議会 稲デイサービスセンター
介護保険指定 事業所番号	大阪府 第 2771400252 号
事業所所在地	〒562 - 0015 箕面市稲一丁目 14 番 5 号
連絡先 相談担当者名	TEL : 072 - 722 - 2657 FAX : 072 - 722 - 3057 (担当者：松本)
事業所の通常の 事業の実施地域	箕面市、池田市の一部（畑、渋谷、旭丘、井口堂、石橋）、豊中市の一部（石橋麻田町、清風荘、待兼山町、宮山町、春日町、永楽荘、緑丘、北緑丘、西緑丘、向丘、新千里西町、新千里北町、新千里東町、小路）
利用定員	定員 40 人（要介護者 30 人 総合事業対象者 10 人）

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	事業対象者及び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、生活の質の維持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サービスを提供することを目的とします。また、地域の福祉課題の解決に取り組み、誰もが安心して暮らせるまちづくりをすすめます。
運営の方針	事業所は、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、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の心身状態の維持や悪化の防止を図り、適切なサービスの提供に努めます。また、利用者一人ひとりにあったサービスをトータルに提供していきます。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝日も営業）
営業時間	8：45～17：15
休業日	日曜日、年末年始（12/29～1/3）

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月、火、水、木、金、土
サービス提供時間	9：45～15：45（5時間以上6時間未満）
延長サービス提供時間	8：45～17：15（6時間以上7時間未満）

(5) 事業所の職員体制

管理者	管理者 松本 秀治
-----	-----------

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none">1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。3 利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。4 利用者へ通所介護計画を交付します。5 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	常勤 1名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none">1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。2 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	常勤 2名 非常勤 0名
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none">1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。2 利用者の静養のための必要な措置を行います。3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	常勤 2名 非常勤 1名
介護職員	<ol style="list-style-type: none">1 通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常勤 1名 非常勤 9名
機能訓練 指導員	<ol style="list-style-type: none">1 通所介護計画に基づき、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、機能訓練を行います。	常勤 2名 非常勤 0名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
通所介護計画の作成		1 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2 通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します 4 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者居宅への送迎		事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
その他	個別機能訓練（I）	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。

(2) 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 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

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割・2割・3割のいずれかの額**です。ただし、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。

※サービス内容の見積もりは別途「ご利用料金表」参照

- ①第1号通所事業の利用料・・・基本部分及び加算の合計の額となります。

(介護予防相当サービス)

サービス名称	基本利用料 (1月あたり)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
通所型サービス1(週1回程度)	18,951円	1,895円	3,790円	5,685円
通所型サービス2(週2回程度)	38,165円	3,816円	7,632円	11,448円
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数 の80/1000 (基本料に各 種加算減算を 加えた総単位 数)	左記の 負担割合額	左記の 負担割合額	左記の 負担割合額

(通所型サービスA)

サービス名称	基本利用料 (1回あたり)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
通所型サービスA・半日(送迎あり)	3,963円	396円	792円	1,188円
通所型サービスA・全日(送迎あり)	4,100円	410円	820円	1,230円
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数 の80/1000 (基本料に各 種加算減算を 加えた総単位 数)	左記の 負担割合額	左記の 負担割合額	左記の 負担割合額

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数(計画時間数)によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における所要時間がやむをえず短くなった場合には、計画上のサービス提供時間数に応じた利用料となります。

なお、計画上の所要時間よりも大きく短縮する場合には、通所介護計画を変更の上、変更後の所要時間に応じた利用料となります。

※利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる(1~2時間程度の利用)場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

4 その他の費用について

①送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。	
②キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日のご連絡の場合	食事の提供に要する費用 (当日キャンセル料 500 円)
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
③食事の提供に要する費用	820 円 (1 食当り 食材料費及び調理コスト)	
④おむつ代	(1 枚当り) おむつ 100 円、パット 100 円	
⑤サークル活動費	500 円 (内訳：陶芸や刺し子など手作業にかかる材料費)	

※サークル活動費についてはサークル活動に参加していただいている利用者に対し、材料費に応じて年に1~2回、ご請求いたします。

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>ア 利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額によりご利用月の翌月に請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 20 日までにご利用の際にお渡し、または郵送いたします。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア お支払いは下記いずれかの方法によりお支払ください。</p> <p>(ア) 利用者指定口座からの自動振替 自動口座振替依頼業務は事業者と契約した S M B C ファイナンスサービス株式会社が代行するものとします。 指定口座から毎月 26 日（土・祝休日の場合は翌営業日）に自動振替にて支払うものとします。</p> <p>(イ) 事業者指定口座への振り込み この場合、振込手数料は利用者が負担するものとします。 振り込み口座は 三井住友銀行 箕面市役所出張所 普通口座 188486 (福) 箕面市社会福祉協議会 請求書到着後、14 日以内にお支払ください。</p> <p>(ウ) 現金支払い 請求書到着後、14 日以内に施設まで現金をお支払ください。</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡します。必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2か月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い

分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」「個別機能訓練計画書」（以降「通所介護計画」等と記載。）を作成します。なお、作成した「通所介護計画」等は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「通所介護計画」等に基づいて行います。なお、「通所介護計画」等は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 松本 秀治
-------------	-----------

- (2) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に（年 1 回以上）実施しています。
- (3) 虐待を受けたと思われる事柄を発見した場合は速やかに市町村及び担当の居宅介護支援事業所に報告し、必要な措置を講じます。
- (4) 成年後見制度の利用を支援します。
- (5) 苦情解決体制を整備しています。

8 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、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考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、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、利用者本人または他人の生命・身体に危

険が及ぶことが考えられる場合に限りです。

- (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です。
- (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。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<ul style="list-style-type: none">① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。② 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。③ 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。④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
<p>② 個人情報の保護について</p>	<ul style="list-style-type: none">① 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ぬ。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ぬ。② 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（紙によるもの他、電磁的記録を含む。）については、善良な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。③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

利用者の主治医	医療機関の名前	
	主治医	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先1	氏名	(利用者との続柄)
	住所	
	電話番号	
緊急連絡先2	氏名	(利用者との続柄)
	住所	
	電話番号	

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	介護サービス事業者賠償責任保険
保障の概要	対人・対物賠償、管理下財物事故、人格権侵害事故

12 心身の状況の把握

指定通所介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1 3 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) 指定通所介護の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」等の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

1 4 サービス提供の記録

- (1) 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、提供の日から5年間保存します。
- (2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

1 5 非常災害等対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
災害対策に関する担当者 職・氏名：(管理者 松本 秀治)
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難・防災訓練実施時期：(毎年2回)

1 6 衛生管理等対策

- (1) 指定通所介護のように供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

1 7 サービス提供に関する相談、苦情について

- (1) 苦情処理の体制及び手順
 - ア 提供した指定通所介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
 - イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
【手順】
 - 1) 利用者からの電話・来所での苦情の申し出
 - 2) 苦情受付担当者による電話または訪問での状況確認
 - 3) 管理責任者が必要と判断した場合は検討会議をおこなう
 - 4) 利用者への対応方法の報告、内容の記録・保管
- (2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 箕面市社会福祉協議会 稲デイサービスセンター	所在地 箕面市稲 1-14-5 電話番号 072-722-2657 ファックス番号 072-722-3057 受付時間 月～土曜日 8:45～17:15 受付担当 松本 秀治
【第三者委員】	委員の氏名、面接先等については事業者窓口へ 問い合わせください。
【市町村の窓口】 箕面市高齢福祉室	所在地 箕面市萱野 5-8-1 ライフサ内 電話番号 072-727-9559 受付時間 8:45～17:15
【公的団体の窓口】 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 中央大通り FN ビル 11F 電話番号 06-6949-5418 受付時間 9:00～17:00

18 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 号）」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	箕面市船場西 1 丁目 11 番 35 号
	法人名	社会福祉法人 箕面市社会福祉協議会
	代表者名	石田 良美
	事業所名	社会福祉法人 箕面市社会福祉協議会 稲デイサービスセンター
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

上記署名は _____（続柄： _____）が代行しました。

代理人	住所	
	氏名	