

「指定介護予防通所介護・第一号通所介護事業」重要事項説明書

デイサービスセンター りはらいふ

当事業所は福岡県から介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定事業所番号) 別表示
(第4072000815号)

当事業所はご契約者（三者契約においては以下「ご利用者」と読み替える）に対して指定介護予防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、契約上ご注意くださ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「要支援」と認定された方が対象となります。要支援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。
※ご契約者が介護保険法等関連法令に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）を利用する場合においては、重要事項説明書に「介護予防通所介護サービス」とあるのは「総合事業サービス」、「介護予防サービス」とあるのは「介護予防ケアマネジメント」と読み替え、「要支援」とあるのは「チェックリストによるサービス事業対象者も含む」とします。

◆◆目次◆◆

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	2
3. 事業実施地域及び営業時間.....	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 苦情の受付について.....	6
7. 身体拘束の廃止について.....	7
8. 高齢者虐待防止について.....	7

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 高邦福祉会
- (2) 法人所在地 福岡県柳川市三橋町棚町 218-1
- (3) 電話番号 0944-73-0039
- (4) 代表者氏名 理事長 高木邦格
- (5) 設立年月 平成9年10月30日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防通所介護事業所・平成28年9月1日指定
介護保険事業所番号 福岡県第4072000815号
- (2) 事業所の目的 要支援状態にある高齢者等に対し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、高齢者等の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター りはらいふ
- (4) 事業所の所在地 福岡県柳川市上宮永町284番地2
- (5) 電話番号 0944-75-1130
- (6) 事業所長（管理者）氏名 吉村 剛
- (7) 当事業所の運営方針 要支援者の心身機能の訓練及び日常生活を営む上での必要な援助、生活指導を行う。
事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、要介護者等の状況に応じたサービスの提供に努める。
- (8) 開設年月 平成28年9月1日
- (9) 利用定員 午前：25人、午後：20人
- (10) 事業所が行っている他の業務
[通所介護] 平成28年9月1日指定

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 柳川市、みやま市、大川市、三潞郡大木町
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (1月1日～3日、毎週土日を休日として、その他は営業日とする。)
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	① 9時15分～12時30分 ② 13時30分～16時00分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防通所介護サービス、指定介護予防・日常生活支援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	人数
1. 管理者	1名
2. 生活相談員	1名
3. 介護職員	2名
4. 看護職員	1名
5. 機能訓練指導員	2名

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 生活相談員	勤務時間：8：30～17：30 原則として1名の生活相談員が勤務します。
2. 介護職員	勤務時間：8：30～17：30 原則として2名の介護職員が勤務します。
3. 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。 また、必要な場合はやながわ訪問看護ステーション、柳川リハビリテーション病院と連携しています。
4. 機能訓練指導員	勤務時間：8：30～17：30 原則として1名の理学療法士又は作業療法士又は勤務します。

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。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (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（ご契約者の介護保険負担割合証の割合に応じた額）が介護保険から給付されます。

☆加算対象サービスについてはご契約者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、介護予防サービス計画に沿い、事業所とご契約者で協議したうえで介護予防通所介護計画に定めます。

＜サービスの概要＞

ご契約者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、介護予防通所介護計画に基づき、必要な機能訓練を行います。また必要に応じて以下のサービスを行います。

☆ 共通的服务

①健康管理

- ・ 来所時の検温・血圧測定を行い、その日1日を順調に過ごすことができるかを把握します。
- ・ 通所利用中の体調不良等があれば、必要に応じてかかりつけ医師やご家族へ連絡を取り、その後の相談をいたします。

②送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。通常の事業実施地域外からのご利用の場合でも、交通費実費はいただきません。

☆加算対象サービス

加算の対象サービスは、料金表に示す項目となります。ご契約者の状態に伴う計画に従い加算対象サービスを提供します。実施した際は、そのご契約者に応じた負担割合にて追加料金としてご負担いただきます。

＜サービスの利用頻度＞

☆利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。ただし、ご契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

＜サービス利用料金（1月につき）＞（契約書第6条参照、三者契約の場合は第7条参照）

☆別紙料金表によって、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給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記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。）

☆ご契約者がまだ要支援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、介護予防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。

☆ご契約者に提供する飲料に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆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。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照、三者契約の場合は第5条、第7条参照）

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。

＜サービスの概要と利用料金＞

①ドリンクの提供にかかる費用

ご契約者へのドリンク提供にかかる費用です。

料金：1日あたり 110円

③レクリエーション

ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。

利用料金：作品の材料代等の実費をいただきます。

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

④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。

経済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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照、三者契約の場合は第7条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求します。

現金または振込の方は、毎月 25 日までにお支払ください。口座振替の方は、毎月 27 日（金融機関営業日以外は翌営業日）の振替を予定しています。

(4) 利用の中止、変更（契約書第7条参照、三者契約の場合は第8条参照）

☆利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防通所介護サービスの利用を中止、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事業所に申し出てください。

☆月のサービス利用日や回数については、ご契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆ご契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は介護予防通所介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

☆ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

☆月ごとの定額制となっているため、月途中からの利用開始や、月途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆月途中で要支援度に変更となった場合には、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。

☆サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご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ご契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照、三者契約の場合は第 21 条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

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ます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔管理者〕 吉村 剛

〔電話番号〕 0944-75-1130

○受付時間 毎週月曜日 ～ 金曜日

8時30分～17時30分

苦情解決の方法

当事業所では、苦情解決責任者（管理者）を選定し、ご契約者等から苦情の申し出があれば速やかに苦情処理委員会を開催し誠意を持ってその解決に努めます。

（2）行政機関その他苦情受付機関

福岡県国民健康保険団体 連合会介護保険課	所在地 福岡市博多区吉塚本町 13 番地 47 号 電話番号 092-642-7859 FAX番号 092-642-7857
福岡県介護保険広域連合 本部	所在地 福岡市博多区千代1丁目 17 番 1 号 電話番号 092-643-7055 FAX番号 092-641-2432
福岡県介護保険広域連合 柳川・大木・広川支部	所在地 柳川市三橋町正行 4 3 1 番地 電話番号 0944-75-6301 FAX番号 0944-75-6340
(利用者の管轄保険者) 福岡県介護保険広域連合 柳川・大木・広川支部	所在地 柳川市三橋町正行 4 3 1 番地 電話番号 0944-75-6301 FAX番号 0944-75-6340
(利用者の管轄保険者) 大川市役所 健康課 介護保険係	所在地 大川市大字酒見 2 5 6 番地 1 電話番号 0944-85-5522 FAX番号 0944-86-8464
(利用者の管轄保険者) みやま市 介護支援課 介護保険係	所在地 みやま市瀬高町小川 5 番地 電話番号 0944-85-5522 FAX番号 0944-86-8464

7. 身体拘束の防止について（契約書第 21 条参照、三者契約の場合は第 22 条参照）

当事業所において、原則としてご契約者に対して身体拘束は行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご契約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場合は、ご契約者及びそのご家族に対し説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲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、理由および様態等についての記録を行います。

（別紙の緊急やむを得ない場合の身体拘束に関する説明と同意書を参照）

- (1) 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、ご契約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します。
- (2) 非代替性：身体拘束以外に、ご契約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出来ない場合に限りします。
- (3) 一時性：ご契約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。

8. 高齢者虐待防止について（契約書第 22 条参照、三者契約の場合は第 23 条参照）

当事業所はご契約者の人権の擁護・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) 事業所では、ご契約者等の人権擁護及び虐待防止を推進し、高齢者虐待の早期発見、早期対応を図るとともに、ご契約者及びそのご家族等の支援を行いその負担の軽減を図ります。
- (2) 養護者又は介護従事者等による、高齢者虐待を発見した場合には、速やかに市町村等に連絡いたします。
- (3) 事業所は、研修等を通じ従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- (4) 介護予防通所介護計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (5) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞等を相談できる体制を整えるほか、従業者がご契約者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

<重要事項説明書付属文書>

1. 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3階
- (2) 建物の延べ床面積 321.2 m²
- (3) 事業所の周辺環境

当事業所はリハビリテーション専門病院や介護老人保健施設と隣接し、閑静な住宅街に位置しております。また、水郷柳川における名勝松濤園や北原白秋生家といった観光名所が近くにあり、情緒豊かな環境にあります。

2. 職員の配置状況

<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ための相談・助言等を行います。

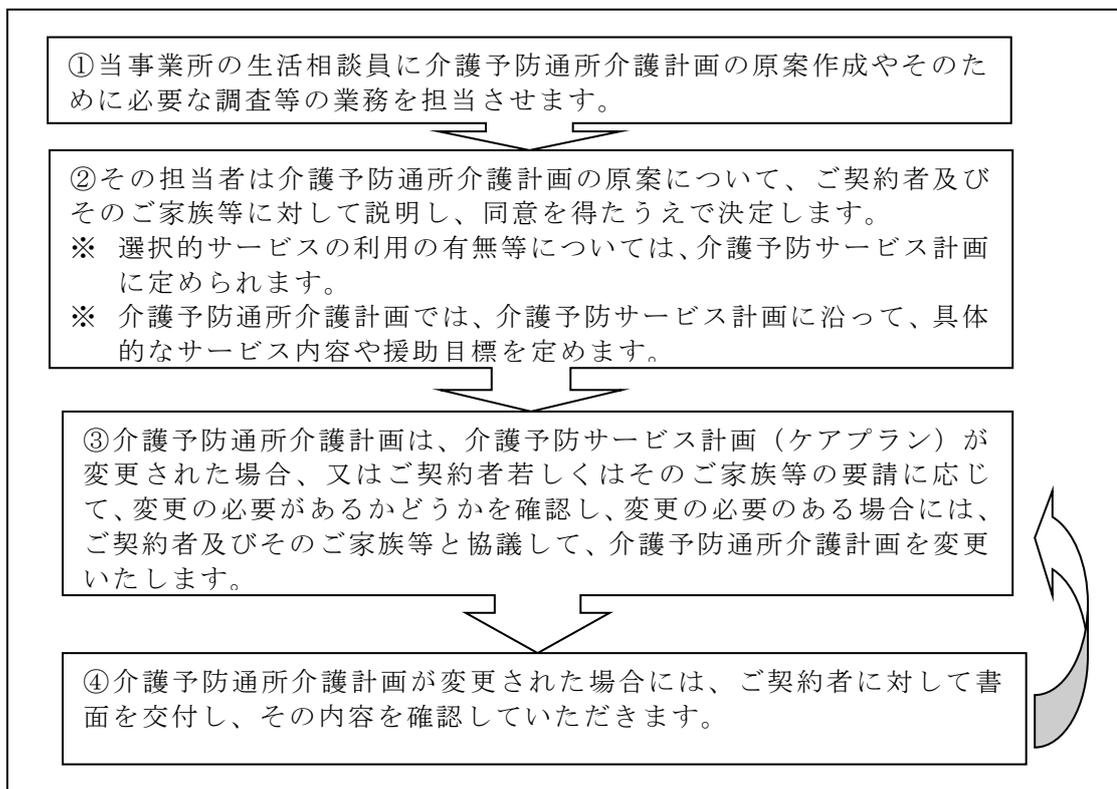
看護職員…主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

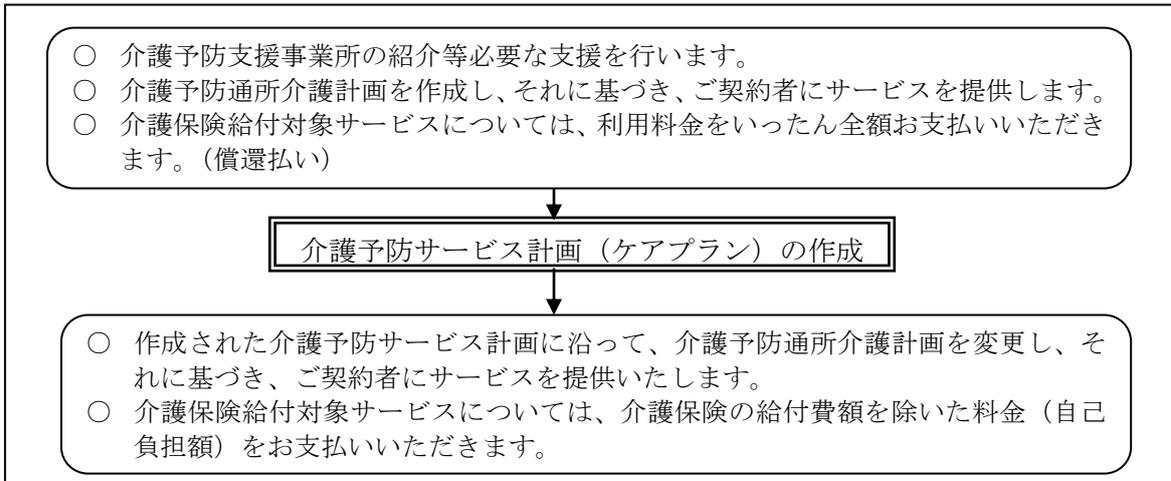
(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「介護予防通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。

(契約書第3条参照)

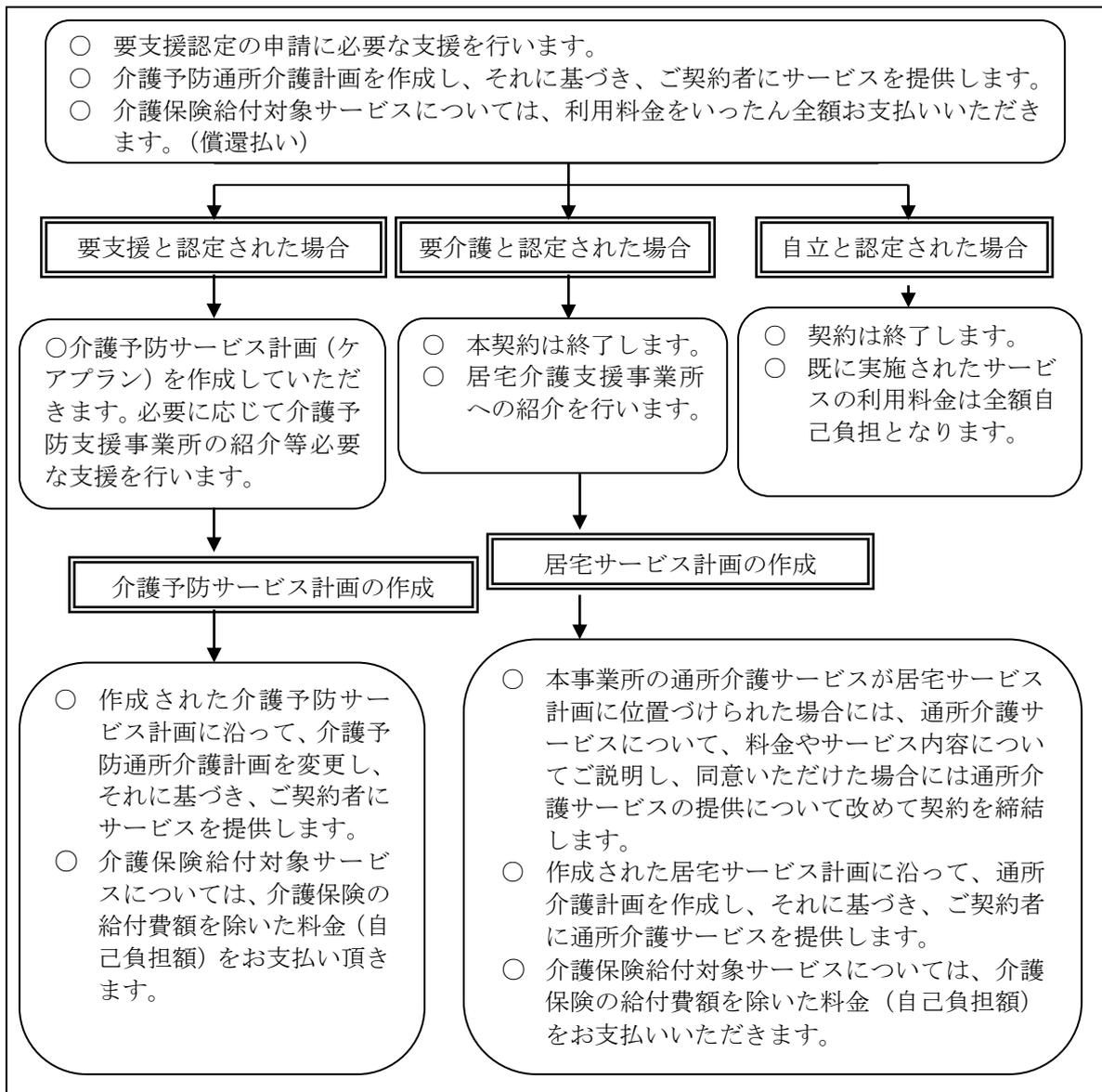


(2) ご契約者に係る「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要支援認定を受けている場合



②要支援認定を受けていない場合



※この場合は第10条、第11条参照

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、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、5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。
- ④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、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤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ご契約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。(守秘義務)
 - ・ ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
 - ・ サービス担当者会議など、ご契約者に係る他の介護保険事業所等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、ご契約者又はそのご家族等の個人情報を用いることができるものとしします。

5. 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（契約書第 11 条参照、三者契約の場合は第 12 条参照）

- 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。
- 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。
- 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。

(2) 喫煙

事業所が定めた場所以外での喫煙はできません。

6. 損害賠償について（契約書第 12 条、第 13 条参照、三者契約の場合は第 13 条、第 14 条参照）

当事業所において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業所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、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご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、事業所の損害賠償額を減じる場合があります。

7. 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、契約締結の日からご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日前までにご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。（契約書第15条参照、三者契約の場合は第16条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が要支援又は非該当と判定された場合(総合事業のサービスにおいては、その限りでない)
- ③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事業所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16条、第17条参照、三者契約の場合は第17条、第18条参照）

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(※最大7日)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ご契約者が入所された場合
- ③ご契約者の「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④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介護予防通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤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事業所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、事業所が適切な対応をとらない場合

(2) 事業所からの契約解除の申し出（契約書第 18 条参照、三者契約の場合は第 19 条参照）

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。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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（※最低 3 か月）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 ご契約者が、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（例：職員・他利用者へのハラスメント行為・暴力行為・迷惑行為 等） |
|---|

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 15 条参照、三者契約の場合は第 16 条参照）

契約が終了する場合には、事業所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。

別紙料金表

デイサービスセンター りはらいふ(指定介護予防通所介護)料金表

単位：円

法定代理受領サービスに該当する場合の介護予防通所介護費 (利用者の負担額はその利用者の負担割合による額)				
要支援 1		16,470	※1月単位の定額	
要支援 2		33,770		
加算	運動器機能向上サービス	2,250		
	サービス提供体制強化加算(I)ロ	要支援 1		480
		要支援 2		960
介護職員処遇改善加算(I)		上記算定した単位数合計の 1,000 分の 59		
法定代理受領サービスに該当しない場合のサービス料金				
<p>※ 利用者が、上記の各区分・項目に該当するサービスを受けた場合、給付金額と利用者の実費負担として請求する。</p> <p>※ ドリンクの提供に要する費用については、1日あたり100円を請求する。</p> <p>※ その他、介護や機能訓練・リハビリテーション等で必要とされる物品等については利用者の実費負担とし相当額を請求する。</p>				
その他利用料に関わる事項				
<p>※ 介護給付の単位端数は四捨五入した単価を算出し、金額換算する。</p> <p>※ 法定代理受領サービスに関わるサービスによる保険請求及び、利用者への請求は介護報酬の告示内容に基づき請求する。</p> <p>※ これらの項目については、利用者及び家族に同意を得る。</p>				

平成 29 年 4 月 1 日 改定

重要事項に関する説明及び同意書

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。

デイサービスセンター りはらいふ

説明者職名 _____ 氏 名 _____ ㊟

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受けその内容を理解しましたので、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。

利用者住所 _____

氏 名 _____ ㊟

代理人の場合

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。