

重要事項説明書

通所型介護予防サービスを提供する事業者について

1. 事業者

- (1)法人名 有限会社 さくら介護センター
- (2)法人住所 大阪府東大阪市鴻池元町4番20号
- (3)電話番号 06-4309-0011 (FAX) 06-4309-0081
- (4)代表者氏名 代表 林 俊夫
- (5)設立年月日 平成15年3月3日

2. 事業所の概要

- (1)事業所の種類 通所型介護予防サービス
平成30年4月1日指定

(2)事業所の目的

要支援状態の利用者又は事業対象者が、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。

- (3)事業所の名称 さくらサポート24
事業所番号 2775003086
- (4)事業所の所在地 大阪府東大阪市鴻池元町4番20号
- (5)電話番号 06-4309-0011 (FAX) 06-4309-0081
- (6)管理者 多田羅 智弘
- (7)開設年月 平成20年11月1日
- (8)利用定員 26名

(9)当事業所の運営方針

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、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。

(10)事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

【訪問介護事業所】 平成15年4月1日指定

【居宅介護支援事業所】 平成15年4月1日指定

【通所介護事業所】 平成20年11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 東大阪市

(2)営業日及び営業時間

営業日	月～土	9時～18時	日・年末年始(12/31～1/3)定休日
受付時間	月～土	9時～18時	日・年末年始(12/31～1/3)定休日
サービス提供時間帯	月～土	9時～17時	日・年末年始(12/31～1/3)定休日

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定通所型介護予防サービス及び指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

〈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	指定基準	実人員
1. 管理者	1名	1名
2. 介護職員	1名	12名
3. 生活相談員	1名	2名
4. 看護職員 兼務 機能訓練指導員	1名	5名

〈主な職種の職務内容〉

職 種	職 務 内 容
1. 管理者	従業者及び業務の一元化。従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令等。事務処理。
2. 介護職員	利用者に対しての入浴、排泄、食事等の介助。
3. 生活相談員	利用の申し込みに係る調整、他通所介護従事者に対する相談助言及び技術指導。他の従事者と協力して通所型介護予防サービス計画の作成等。
4. 看護職員 兼務 機能訓練指導員	利用者の体調管理及び日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言等。

5. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者へ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、原則としてご契約者の負担割合に応じた額をお支払いいただきます。

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。

<サービスの概要>

☆共通的サービス

・契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

①食事

・食事の準備・介助を行います。

②入浴

入浴又は清拭を行います。また、足湯もご希望により実施できます。

③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。但し、通常の事業実施外からご利用の場合は、交通費実費(500円)をご負担いただきます。

★基本サービス(1ヶ月)

(円)

(例)
一割負担

1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金	要支援 1	要支援2 (週二回の場合)	要支援2 (週一回の場合)
	18789	37839	18789
2. うち、介護保険から給付される金額	16910	34055	16910
3. サービス利用に係る自己負担額	1879	3784	1879

★加算対象

☆介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

通所介護職員の賃金改善に充てる為の分として、利用単位数の加算率9.0%

分を掛けた額の一割分の額をご負担願うことになります。利用表の別紙で確認できます。

☆サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

利用者に直接提供する職員の総数のうち、介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上か、勤続7年以上の者が30%以上の要件に該当する事業所に対する加算

(例)一割負担 (円)			
1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金	要支援 1	要支援2 二回の場合) (週	要支援2 (週一回の場合)
	250	501	250
2. うち、介護保険から給付される金額	225	450	225
3. サービス利用に係る自己負担額	25	51	25

☆科学的介護推進体制加算Ⅰ

科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の

活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進する為の加算

(例)一割負担 (円)	
1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金	要支援 1・2
	418
2. うち、介護保険から給付される金額	376
3. サービス利用に係る自己負担額	42

＜サービスの利用頻度＞

☆利用する曜日や内容等については、通所型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、通所型介護予防サービス計画に定めます。

☆ただし、契約者の状態の変化、通所型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＞

☆上記の料金表によって、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)をお支払下さい。

☆ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金に金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、通所型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。

☆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

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介護保険給付の支給限度額を超える介護予防通所介護サービスの利用

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

②食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり 650円

③レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

料金：1回あたり 110円

④飲み物代

ご契約者のご希望によりおやつ時にコーヒー等の飲み物を提供させて頂くことが出来ます。

料金：1杯55円

④複写物の交付

ご契約者、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 6円

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ご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。

おむつ・リハビリパンツ代：220円 パット代55円

マスク代：一枚あたり50円

☆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ヶ月前までにご説明します。

(3)利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末までに下記のいずれかの方法でお支払下さい。

ア. 下記指定口座への振り込み

河内郵便局(口座番号)00930-4-241587

(口座名称)有限会社 さくら介護センター

イ. 利用者指定口座からの自動振替 毎月26日引き落とし

ウ. 現金払い

サービスご利用時、もしくは営業時間内での来所お支払い

☆お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡しますので、必ず保管をお願いします。

(4)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、通所型介護予防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までに事業者申し出て下さい。

☆月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、通所型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。

☆契約者の体調不良や状態の改善等により通所型介護予防サービス計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は通所型介護予防サービス計画に定めた期日より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、通所型介護予防サービス計画に定めた実施回数、時間数を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者との調整の上、通所型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、月の途中から利用を開始したり月の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

☆月途中で要支援度が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)苦情の受付

当事業所に対す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 多田羅 智弘

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9:00～18:00

(2)行政機関その他苦情受付期間

[事業所の窓口] さくらサポート24	所在地	東大阪市鴻池元町4番20号
	TEL	06-4309-0011
	FAX	06-4309-0081
[市町村の窓口] 東大阪市福祉部指導監査室 居宅事業者課	所在地	東大阪市荒本北一丁目1番1号
	TEL	06-4309-3317
	受付時間	月～金 9:00～17:30

7. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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： 代表取締役 林 俊夫

(2) 成年後見人制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備していきます。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の研修を実施していきます。

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、次に掲げることにより留意して、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ます。

(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ます。

(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 非常災害対策

① 事業所に災害対策に関する担当者(防火管理者)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(防火管理者)職・氏名：(管理者 多田羅 智弘)

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。

避難訓練実施時期：(毎年2回 6 月・ 12 月)

10 衛生管理等

① 指定通所介護の用に供する施設、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。

8. 事業者加入の保険について

当事業所は、東京海上日動保険に加入し、対象事象が発生した場合は、すぐに対応できる状態を維持しています。

12. 提供するサービスの第三者評価の実施の有無について

実施の有無	
実施した直近の 年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

9. 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。

所属医療機関名： _____ 主治医名： _____

医療機関電話番号： _____

ご家族等連絡先：

氏名（続柄）： _____ (_____)

緊急連絡先： _____

10. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明日	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。

有限会社 さくら介護センター さくらサポート24

説明者職名 生活相談員

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、通所型介護予防サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 印 _____