

重要事項説明書

(第一号通所事業【通所型サービス】)

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(愛媛県指定 第3870201229号)

当事業所は、ご契約者に対して第一号通所事業（通所型サービス）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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
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	3
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	5

社会福祉法人 陽成会

デイサービス リーフガーデンあさくら

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 陽成会
(2) 法人所在地 〒799-1603 愛媛県今治市朝倉下乙102番2
(3) 電話番号 0898-56-1300
(4) 代表者氏名 理事長 廣瀬 正典
(5) 設立年月 平成13年3月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 第一号通所事業（通所型サービス）
平成19年4月1日指定 愛媛県指令18長第1904号
当事業所は「特別養護老人ホームリーフガーデンあさくら」に併設されています。
- (2) 事業所の目的
この事業は、適正な運営を確保するために人員及び管理運営等に関する事項を定め、事業所で介護の提供に当たる従業者が、要支援状態にある高齢者に対し適正な介護を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービス リーフガーデンあさくら
(4) 事業所の所在地 〒799-1603 愛媛県今治市朝倉下乙102番2
(5) 電話番号 0898-56-1300
(6) 事業所長（管理者）氏名 菅野 百合子
(7) 当事業所の運営方針
介護予防サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活維持・向上に向け、援助することを念頭において入浴、排泄、食事などの介護相談援助、社会生活上の世話をを行うことにより利用者が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に努める。
- (8) 開設年月日 平成19年4月1日
(9) 実施単位・利用定員 1単位・18名（通所介護事業を含む）
(10) 建物の構造と延べ床面積 鉄筋コンクリート造 5階建 4,920.90㎡
(11) 事業所の周辺環境
○朝倉村役場迄車7分、朝倉歯科医院迄車約5分 ○広瀬病院（協力医療機関）迄車約15分
○景観のよい丘陵で広敷地 ○「朝倉村ふるさと公園」の隣接地で自然環境に恵まれた場所
- (12) 第三者評価
○提供するサービスの第三者評価の実施状況について。実施しておりません。

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 旧朝倉村、旧今治市内、旧玉川町
(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 ※1月1日を除く
営業時間	午前8時30分～午後5時30分迄
サービス提供時間	午前9時～午後4時30分迄

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して第一号通所事業（通所型サービス）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	人 員	職 種	人 員
1. 事業所長（管理者）	1名	2. 介護職員	2名以上
3. 生活相談員	1名以上	4. 看護職員	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上	6. 管理栄養士	1名以上
7. 事務職員	1名以上		

＜主な配置職員の業務内容＞

介護職員…日常生活上の介護全般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しますが、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。

＜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 ※18名の利用者に対して2名以上の介護職員を配置しています。
2. 看護職員	勤務時間：8：30～17：30 ※1名以上の看護職員を配置しています。
機能訓練指導員	勤務時間：8：30～17：30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（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）

利用料金の事故負担を除いた額（負担割合に応じて）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 食事（食事時間）12：00～

当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体および嗜好を考慮した食事を提供します。

② 入浴 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄 排泄の介助を行います。

④ 機能訓練機能訓練 機能訓練指導員により、心身等の状況に応じて、運動器機能向上計画を作成し、運動器の機能向上のための訓練を実施します。

⑤ 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、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

＜サービス利用料金＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要支援状態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）をお支払いください。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。

① 基本部分 下記料金表の()内は2割負担、【 】内は3割負担の場合の金額となります。

□ 通所型サービス1	要支援1		
	月5回以上	月4回まで (同一建物以外)	月4回まで (同一建物利用者)
1. サービス利用料金	17,980 円/月	4,360 円/回	3,420 円/回
2. サービス利用料金に係る 自己負担額	<u>1,798 円/月</u> (3,596 円/月) 【5,394/月】	<u>436 円/回</u> (872 円/回) 【1,308 円/回】	<u>342 円/回</u> (684 円/回) 【1,026 円/回】

通所型サービス2	要支援2		
	月9回以上	月8回まで (同一建物以外)	月8回まで (同一建物利用者)
1. サービス利用料金	36,210 円/月	4,470 円/回	3,530 円/回
2. サービス利用料金に係る 自己負担額	<u>3,621 円/月</u> (7,242 円/月) 【10,863 円/月】	<u>447 円/回</u> (894 円/回) 【1,341 円/回】	<u>353 円/回</u> (706 円/回) 【1,059 円/回】

上記の基本料金は、今治市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本料金も自動的に改訂されます。

② 加算・減算部分 □下記料金表の()内は2割負担、【 】内は3割負担の場合の金額となります。

以下の要件を満たす場合、前記の基本部分に以下の料金が加算・減算されます

加算の種類	加算要件	利用料金	自己負担額
同一建物減算 ※基本部分が月 単位の場合のみ	利用者が事業 所と同一建物 から通う場合	要支援1	▲3,760円 ▲376円 (▲752円) 【▲1,128円】
		要支援2	▲7,520円 ▲752円 (▲1,504円) 【▲2,256円】
介護職員処遇改 善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満た す場合	所定額(利用料金と加算減算料金の合計)の9%	

☆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)

(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)

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。

<サービスと利用料>

- ① 食事の提供に要する費用 1回 @500円
- ② 複写物の交付 1枚 @40円
- ③ 日常生活上必要となる諸費用実費
- ④ 実施地域外の送迎費用 1km @20円

(通常の送迎の実施地域は、旧今治市、旧朝倉村、旧玉川町の区域となります。通常の送迎の実施地域を越えて行う送迎については実施地域を越えた地点から、ガソリン代とし

て1km当たり20円の費用をご負担いただきます。)

⑤ 通信費

固定電話⇒固定電話	市内	10円／3分
	市内（松山・西条・新居浜以内）	20円／3分
	それ以外	30円／3分
固定電話⇒携帯電話		40円／1分

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)(2)の料金・費用は、毎月10日までに前月分を請求致しますので、到着後10日以内にお支払い下さい。お支払い方法は、下記のいずれかの中からお選び下さい。

ア. 窓口での現金支払	
イ. 指定口座への振込 ※振込料は利用者でお支払下さい。	振込先 伊予銀行 鳥生支店 普通預金 1279044 口座名義 社会福祉法人 陽成会 デイサービスリーフガーデンあさくら 理事長 廣瀬 正典
ウ. 金融機関口座からの自動引落	伊予銀行（各支店） 愛媛銀行（各支店） JAおちいまばり農協（各支店） 郵便局

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

- 都合により利用を中止又は変更・追加することができます。この場合、サービス実施日前日まで申し出てください。※体調不良等がある場合はこの限りではありません。
- 月途中から利用を開始・終了した場合もしくは、計画の期間よりも少ない、多い場合でも、以下に該当する場合を除いては、日割りの割引・増額は行いません。
 - 一. 月途中に要介護から要支援に変更となった場合
 - 二. 月途中に要支援から要介護に変更となった場合
 - 三. 同一保険者内管内での転居等により事業所を変更した場合

6. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

(1) 当施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付ます。

- 苦情受付窓口（担当者）苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

解決責任者	理事長	廣瀬 正典
受付担当責任者	施設長	菅野 百合子
受付担当者	生活相談員	桧垣 潤一
第三者委員	民生委員	越智 律子 ・ 長井 つや子

- 受付時間 8:30～17:30 毎週月曜日～土曜日（日曜日・祝日は日直者が随時受け付けます）

(2) 行政機関その他苦情受付機関（受付時間8:30～17:15）

（土・日・祝日・年末年始は休み）

機 関 名	住 所	連 絡 先
今治市朝倉支所住民サービス課	今治市朝倉北甲397	(0898)56-2500
今治市玉川支所住民サービス課	今治市玉川町三反地甲10-1	(0898)55-2211

今治市介護保険課	今治市別宮町1丁目4番地の1	(0898)36-1526
西条市長寿介護課	西条市明屋敷164番地	(0897)56-5151
国民健康保険団体連合会	松山市高岡町101-1	(089)968-8800
愛媛県社会福祉協議会	松山市持田町3丁目8-15 ※受付時間9:00~16:30	(089)998-3477

令和 年 月 日

第一号通所事業（通所型サービス）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 リーフガーデンあさくら

説明者職名 _____ 氏名 _____

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、第一号通所事業（通所型サービス）の提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏名 _____

代理人住所 _____

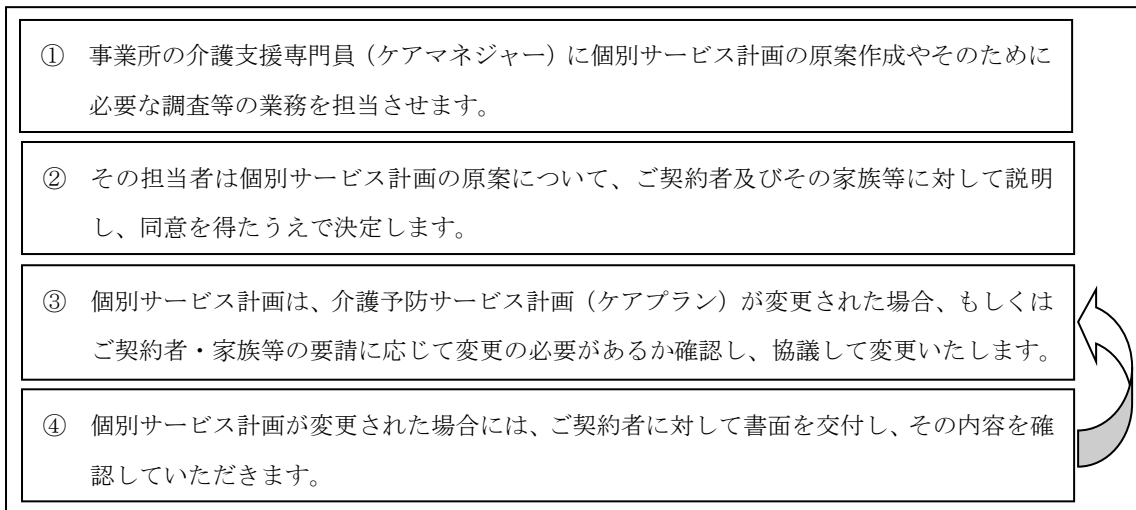
氏名 _____

続柄 _____

この重要事項説明書は、厚生省令第35号（平成18年3月14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。

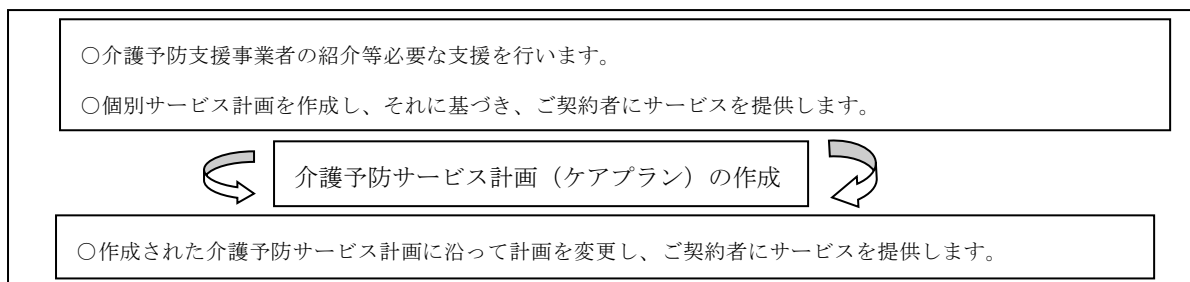
1. 契約締結からサービス提供までの流れ（契約書第3条参照）

(1) 契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。

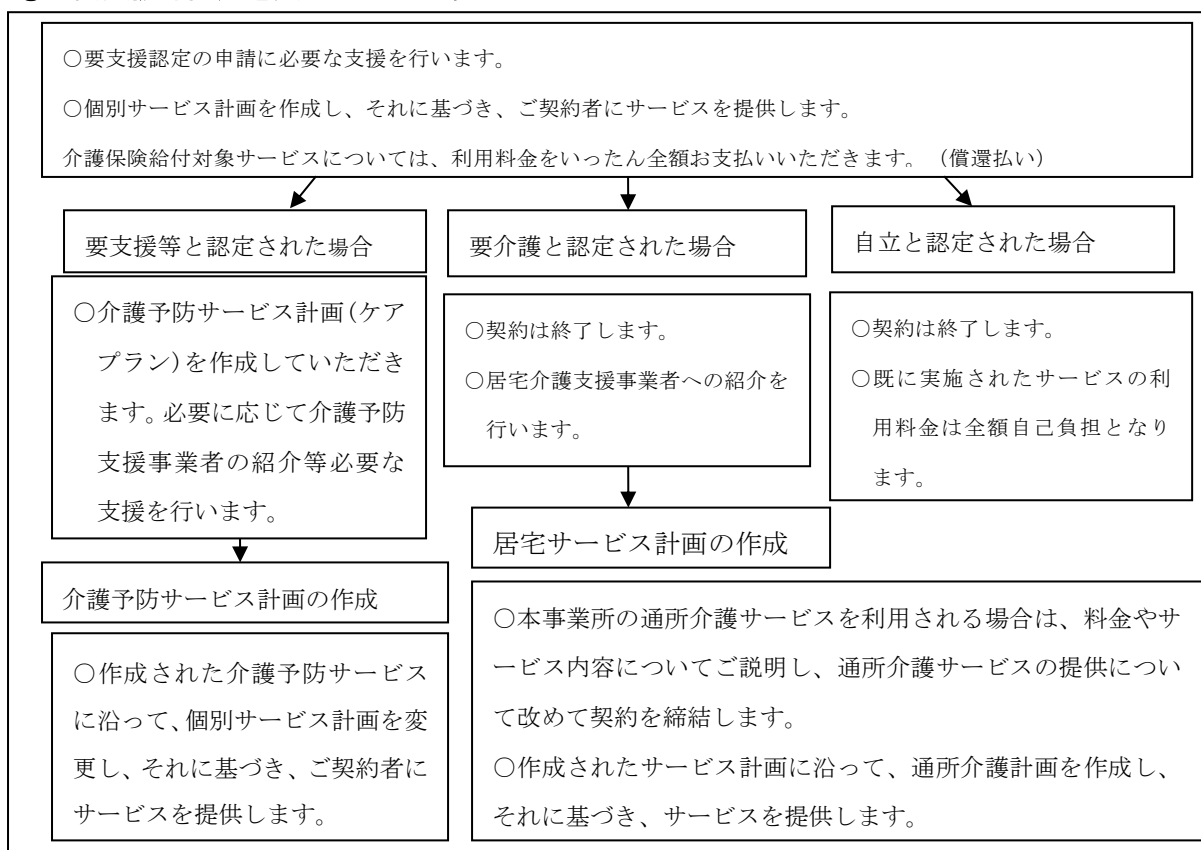


(2) ご契約者に「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合は次の通りです。

① 要支援認定または事業対象者（以下、「要支援等」）認定を受けている場合



② 要支援等認定を受けていない場合



2. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10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、健康状態から必要な場合には、医師又は看護職員と連携し、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の記録を作成し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、病状の急変が生じた場合には、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 事業者及びサービス事業者又は職員は、サービス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）
但し、緊急な医療上の必要性がある場合は、医療機関等に心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了を行う際には、文書にてご契約者の同意を得ます。

3. 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）

- 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していただくか、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、宗教活動、政治活動を行う事はできません。

（2）送迎時間

時間の変動の場合は連絡いたしますが、利用日には準備を早めをお願いします。

（3）体調確認

風邪、病気等の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。

（4）体調不良等によるサービスの中止・変更

当日の健康チェックの結果により、サービス内容の変更・中止をすることがあります。

（5）時間の変更

介護予防支援事業所の担当者に申し出された上、当事業所へご相談下さい。

（6）連絡先の変更

緊急時に連絡がとれるよう、変更があった場合にはお知らせ下さい。

（7）喫煙 事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

4. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、関係機関と連絡し合い防災計画を作成し、年2回利用者及び職員等の訓練を行います。

5. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力機関、家族等への連絡を行う等、必要な措置を講じます。

6. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、ご家族、市・関係協力機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況やとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

7. 損害賠償について（契約書第12条、第13条参照）

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

8. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）（契約書第15条参照）

契約の有効期間は、契約締結の日から要介護認定の有効期間終了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約終了の申し入れがない場合には、同じ条件で更新となります。

ただし、以下の場合には、当事業所との契約は終了します。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が死亡した場合② 要支援等認定により、ご契約者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合③ 事業者が解散した場合、破産又は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、サービス提供が不可能になった場合⑤ 当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 当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）

契約の有効期間であっても、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日前までに解約届出書をご提出下さい。

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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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 ご契約者が入院された場合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 事業者又はサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める通所型サービスを実施しない場合⑤ 事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合⑥ 事業者もしくはサービス従業者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つける等、本契約を継続しがたい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（契約書第18条参照）

以下の場合には、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、心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意に告げず、又は不実の告知を行い、その結果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1か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合③ ご契約者が、重大な過失により事業者又はサービス従業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 |
|---|

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第15条参照）

契約が終了する場合には、事業者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。

9. 虐待の防止のための措置

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、従業者に対する研修の実施を行います。また、サービス提供中に当該事業所従事者又は養護者等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、速やかに市町村、関係機関に通報し必要な措置を行います。