

重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 池修会
- (2) 法人所在地 熊本県玉名郡長洲町大字清源寺 1060 番地
- (3) 電話番号 0968-69-2018
- (4) 代表者氏名 理事長 大西祐子
- (5) 設立年月 平成 8 年 3 月 12 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 18 年 4 月 1 日指定
熊本県指定 第 4372401002 号

(2) 事業所の目的

利用者が要支援状態となった場合においても、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、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体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月華苑
- (4) 事業所の所在地 熊本県玉名郡長洲町大字清源寺 1060 番地
- (5) 電話番号 0968-69-2018
- (6) 管理者氏名 大西 祐子
- (7) 当事業所の運営方針

- ① 利用者の要支援状態の軽減もしくは悪化の防止または要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- ② 事業者自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
- ③ サービスの提供にあたっては、介護予防通所介護計画書に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。
- ④ 従業者は、サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ⑤ サービスの提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもって行う。
- ⑥ 常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供する。

- (8) 開設年月 平成 16 年 3 月 2 日
- (9) 利用定員 30 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 長洲町、玉名市、荒尾市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土
受付時間	月～土 9時～18時
サービス提供時間	月～土 9時30分～16時40分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防通所介護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	指定基準	配置人員
1. 管理者	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名(兼)
3. 介護職員	2名	5名
4. 看護職員	1名	1名(兼)
5. 機能訓練指導員	1名	1名(兼)

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 生活相談員	勤務日：月～土 勤務時間：9時～18時
2. 介護職員	
3. 看護職員	
4. 機能訓練指導員	

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの概要

- ① 生活相談 ご契約者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ② 機能訓練 ご契約者の機能低下を防ぐため機能訓練その他レクリエーション等を行います。
- ③ 介護サービス ご契約者の心身の程度に応じて、排泄介助、移動介助等のサービスを提供します。
- ④ 送迎 ご契約者の心身の程度に応じて、適切な送迎を実施します。
- ⑤ 食事 ご契約者の心身の程度に応じて、食事介助を行う等必要なサービスを提供します。
- ⑥ 入浴 家庭において入浴することが困難なご契約者に対して、入浴介助を行う等必要なサービスを提供します。

(2) 1月あたりの利用料について

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。また、食事を取られる方は、別途1食あたり500円が必要となります。

【1月あたりの利用料(定額制)】

基本単価

	要支援 1	要支援 2
基本単価	¥1, 7 9 8	¥3, 6 2 1

加算単価

記号	加算名	1月あたりの利用単価	備考
ア	若年性認知症利用者受入加算	240 円	初老期における認知症（40 歳以上 65 歳未満）によって要介護者となった方に対し、個別に担当者を定め、その職員を中心にご利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した際に加算。
イ	生活機能向上グループ活動加算	100 円	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合に加算。
ウ	運動器機能向上加算	225 円	理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算。
エ	栄養改善加算	150 円	低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算。
オ	口腔機能向上加算	150 円	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、四か衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算。
カ	選択的サービス複数実施加算	(Ⅰ) 480 円 (Ⅱ) 700 円	利用者の自立促すサービスを重点的かつ効率的に提供する観点から、生活機能の向上に資する選択的サービスを行い、そのサービスを1月に2回以上行い、選択的サービスが2種類であれば(Ⅰ)、3種類であれば(Ⅱ)を算定。
			選択的サービス(運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向

キ	事業所評価加算	120 円	上サービス)を行う介護予防通所サービス事業所について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合、翌年度に加算。												
ク	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 又は（Ⅱ）ロ又は（Ⅲ）	<table><tr><td></td><td>要支援 1</td><td>要支援 2</td></tr><tr><td>（Ⅰ）</td><td>¥ 8 8</td><td>¥ 1 7 6</td></tr><tr><td>（Ⅱ）</td><td>¥ 7 2</td><td>¥ 1 4 4</td></tr><tr><td>（Ⅲ）</td><td>¥ 2 4</td><td>¥ 4 8</td></tr></table>		要支援 1	要支援 2	（Ⅰ）	¥ 8 8	¥ 1 7 6	（Ⅱ）	¥ 7 2	¥ 1 4 4	（Ⅲ）	¥ 2 4	¥ 4 8	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 50% 以上の場合（Ⅰ）イ、40% 以上の場合（Ⅰ）ロを加算。介護サービスをご利用者に直接提供する職員（生活相談員・看護・介護職員・機能訓練指導員）の総数のうち、勤続年数 3 年以上の者の占める割合が 3 割以上である場合（Ⅱ）を加算。
	要支援 1	要支援 2													
（Ⅰ）	¥ 8 8	¥ 1 7 6													
（Ⅱ）	¥ 7 2	¥ 1 4 4													
（Ⅲ）	¥ 2 4	¥ 4 8													
ケ	福祉介護職員処遇改善加算Ⅱ	上記基本単価＋ア～クの月合計単価の 9.0%	介護職員の賃金の改善等に充てることを目的として創設。令和 6 年 6 月より従来からの処遇改善加算と特定処遇改善加算とベースアップ等支援加算が一つになったもので左記の単価を加算。												
サ	口腔・栄養スクリーニング加算	20 円（6 月・1 2 月）													

※ 1 週間あたりのサービスの提供回数

要支援 1 の方は週 1 回 (原則月 4 回まで)

要支援 2 の方は週 2 回 (原則月 8 回まで)

※ 1 回あたりの利用時間

原則 3～4 時間程度 (半日利用)

(3) 利用料のお支払い方法(契約書第 6 条参照)

利用料は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までにお支払いをお願いいたします。尚、お支払の方法については金融機関からの自動引き落としにてお願いいたします。

ご事情により困難な場合はご相談ください。

(4) 利用の中止、変更(契約書第 7 条参照)

○ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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事業者へ申し出てください。

○ 介護予防通所サービスは、定額制のサービスですので、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、原則として日割り計算は行いませんのでご注意ください。ただし、下記のケースに該当する場合は日割りにより利用料の計算を行います。

- ① 月の途中に要介護から要支援に変更となった場合
- ② 月の途中に要支援から要介護に変更となった場合
- ③ 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

(5) 利用料のお支払い方法(契約書第 7 条参照)

利用料は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 窓口での現金支払い イ. 下記指定口座への振り込み 熊本銀行 玉名支店 普通預金 2141138 ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし
--

6. 緊急時等の対応について

ご契約者に対するサービスの提供中に、ご契約者の病状等に急変が生じた場合その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるものとします。

7. 事故発生時の対応について

ご契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご契約者の家族、ご契約者の居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

(1) 苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員

- ① 苦情解決責任者 法人理事長 大西祐子
- ② 苦情受付担当者 生活相談員 杉本美雪【連絡先 0968-69-2018】
- ③ 第三者委員 当法人監事 島田謙三【連絡先 0968-74-0160】
平島敬介【連絡先 0968-73-8314】

(2) 苦情解決の方法

① 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に苦情を申し出ることも出来ます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員(苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く)に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の助言や立会いによる話し合いは、次により行います。

ア. 第三者委員による苦情内容の確認

イ. 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ. 話し合いの結果や改善事項等の確認

(3) その他の苦情受付窓口について

事業者との話し合いで解決できない苦情または直接事業者に話しにくい苦情は下記の窓口でも受け付けています。

長洲町役場 福祉保健介護課	所在地 電話番号 受付時間	熊本県玉名郡長洲町長洲 2766 0968-78-3144 9 時～17 時
長洲町役場 地域包括支援センター	所在地 電話番号 受付時間	熊本県玉名郡長洲町長洲 2766 0968-78-3144 9 時～17 時
玉名市役所	所在地 電話番号 受付時間	熊本県玉名市繁根本 163 0968-75-1111 9 時～17 時
荒尾市役所	所在地 電話番号 受付時間	熊本県荒尾市出目 390 0968-63-1111 9 時～17 時
熊本県福祉サービス適正化委員会 (熊本県社会福祉協議会内)	所在地 電話番号 受付時間	熊本県熊本市南千反畑町 3-7 096-324-5471 9 時～17 時
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	熊本県熊本市健軍 2 丁目 4 番 10 号 096-365-0811(代) 9 時～17 時

＜重要事項説明書付属文書＞

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨造 地上 1 階
- (2) 床面積 272.58 m²

2. 職員の配置状況

管理者	1 名	従業者の管理及び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。
生活相談員	1 名	生活相談を行うほか、介護予防通所介護計画の作成及び説明、介護予防通所介護の利用の申込みに係る調整、他の従業者に対する相談助言及び技術指導を行います。
介護職員	2 名	介護その他の介護予防通所介護の提供を行います。
看護職員	1 名	看護その他の介護予防通所介護の提供を行います。
機能訓練指導員	1 名	機能訓練指導その他の介護予防通所介護の提供を行います。

3. 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、健康状態からみて必要な場合には、医師又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、2 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 事業者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。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

4. 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、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。

○ 事業所内において、他のご利用者との物品、金品等のやり取りはできません。

(2) 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。

5. 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、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、契約者に故意又は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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. 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、契約締結の日から契約者の要支援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)

- 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介護又は自立と判定された場合
- ③ ご契約者が介護保険施設に入所した場合
- ④ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 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。)
- ⑧ 事業者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、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 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者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 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
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者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

(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。

以上、本書 2 通を作成し、契約者、事業者が記名捺印の上、各 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

(事業所) 当事業所は、サービスの提供開始に際し、《☐利用者、☐利用者の家族》
に対して、契約書および重要事項説明書に基づいて説明しました。

熊本県玉名郡長洲町清源寺 1060 番地

社会福祉法人 池修会

理事長 大西 祐子 印

デイサービスセンター 月華苑

管理者 大西 祐子 印

説明者職名 _____

氏 名 _____ 印

(利用者) 私は、サービスの提供開始に際し、契約書および重要事項説明書に基づいて、事業所から説明を受け同意しました。

利用者・契約者 住所

氏名 _____ 印 _____

利用者・契約者家族 住所 _____

(身元引受人)

氏名

個人情報使用にかかる同意書

事業所名 デイサービスセンター 月華苑

管理者 大 西 祐 子 宛

貴事業所がサービスを提供する上で知りえた私及び私の家族に関する情報を、介護サービスを円滑に実施するために行うサービス調整や地域ケア会議、サービス担当者会議及び医療・福祉等の事業所との連絡調整、下記内容等において、契約の有効期間中用いることに同意します。

尚、個人情報の使用は必要時に必要最小限とし、その使用にあたっては情報の漏洩がないように細心の注意を払うことをその条件とします。

当法人では、広報の充実に力を注いでおり、ホームページや広報誌での活動報告などを行っております。外部に対して、元気のあるデイサービスの姿を前面に出すことが、表現法の一つであると考えております。つきましては、下記の同意書で示すあなたの肖像（生活風景、苑外活動等）及び個人情報を掲載させていただきたいと希望しますので、ご承諾いただきますようお願いいたします。

1、顔写真等の使用につきましては、以下の内容で同意致します。

ア（ 広報誌 ・ ホームページ ・ 施設内掲示 ）○で囲んだもののみ掲載を承諾致します。

イ いずれも掲載をお断わり致します。

2、実習生に対しての、学習のための情報提供

ア 同意致します。

イ 同意いたしません。

令和 年 月 日

(利用者・契約者) 住所 _____

氏名 _____ (印)

(代筆者) _____ (印)

(利用者・契約者家族) 住所 _____

(身元引受人)

氏名 _____ (印)