

「指定地域密着型通所介護」「指定介護予防通所介護」

重要事項説明書

アクティブデイサービスセンター四ツ谷 (R8.6.1版)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(愛知県指定 第 2392600314 号)

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護・指定介護予防通所介護サービスを提供します。事業者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」「要介護」と認定された方が対象となります。要支援・要介護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。

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 会社名 | 株式会社ともいき |
| (2) 会社所在地 | 豊川市宿町水入23-2 |
| (3) 電話番号 | (0533) 78-3857 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 藤本 顕久 |
| (5) 設立年月日 | 昭和57年 8月10日 |

2. 事業者の概要

- | | | |
|---------------|--|------------|
| (1) 事業所の種類 | 指定地域密着型通所介護事業所 | 令和元年 6月 1日 |
| | 指定介護予防通所介護事業所 | 令和元年 6月 1日 |
| (2) 事業所の目的 | 介護保険法令の趣旨に従い、ご契約者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、ご契約者の生活機能の維持又は向上を目指して支援するために、ご契約者に対し適正な通所介護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 | アクティブデイサービスセンター四ツ谷 | |
| (4) 事業所の所在地 | 愛知県豊川市四ツ谷町3-98 | |
| (5) 電話番号 | (0533) 86-7022 | |
| (6) FAX番号 | (0533) 95-5220 | |
| (7) 事業所長（管理者） | 藤本 顕久 | |
| (8) 当事業所の運営方針 | ①事業所の職員は、ご利用者が可能な限りその居宅において、ご利用者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、ご契約者の生活機能の維持又は向上を目指して、支援や事業所内において必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行います。 | |
| | ②事業所の職員は、ご利用者の社会的孤独感の解消及び心身の機能維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図るものとします。 | |
| (9) 開設年月日 | 令和元年 6月 1日 | |

(10) 利用定員 1 単位目 18人 2 単位目 18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 豊川市全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (土日、5月祝日、お盆、年末年始を除く)
営業時間	月曜日～金曜日 8時30分 ～ 17時30分
サービス提供時間	月曜日～金曜日 午前の部 9時00分 ～ 12時15分 午後の部 13時30分 ～ 16時45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及び指定地域密着型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	常 勤 換 算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1 名以上	1
2. 介護職員	1 単位目 3 名以上 2 単位目 3 名以上	2
3. 生活相談員	1 単位目 2 名以上 2 単位目 3 名以上	1
4. 看護職員	1 単位目 2 名以上 2 単位目 3 名以上	1
5. 機能訓練指導員	1 単位目 2 名以上 2 単位目 3 名以上	1

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、
1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

〈主な職種の勤務体系〉

職 種	勤 務 時 間
1. 介護職員	8時30分 ～ 17時30分
2. 生活相談員	8時30分 ～ 17時30分
3. 看護職員	8時30分 ～ 17時30分
4. 機能訓練指導員	8時30分 ～ 17時30分

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、利用料金の大部分（通常 9 割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

- ・ご契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて必要な介助を行います。

(1) 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。

(2) 排泄

- ・ご利用者の排泄介助を行います。

(3) 送迎サービス

- ・ご家族等の希望により、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、所定の送迎費用をご負担いただきます。

(4) サービスの利用頻度

- ・利用する曜日や内容等については、ケアプランに沿いながら、ご契約者との協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。ただし、ご契約者の状況の変化、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。

(5) サービス利用料金

- ・下記の料金表によって、ご契約者の介護認定度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

*要支援の方

利用料金	要支援 1 / 事業対象者 1798単位	要支援 2 3621単位
------	-------------------------	-----------------

※口腔機能向上加算（Ⅱ） 1 回160単位 1 ヶ月に 1 回まで算定

※科学的介護推進体制加算 40単位

※処遇改善加算（Ⅱ）□ 所定単位数の125／1000加算

*要介護の方

利用料金	要介護 1 416単位	要介護 2 478単位	要介護 3 540単位	要介護 4 600単位	要介護 5 663単位
------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

※個別機能訓練加算（Ⅰ）□ 76単位

※個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位

※口腔機能向上加算（Ⅱ） 1 回160単位 1 ヶ月に 2 回まで算定

※科学的介護推進体制加算 40単位

※処遇改善加算（Ⅱ）□ 所定単位数の125／1000加算

※豊川市は地域区分が「7 級地」であるため「合計単位数」に10.14を乗じた額が利用料金となります。自己負担額は各ご利用者の介護保険負担割合証に記載された割合を乗じた金額です。

※送迎を実施しない場合（ご利用者が自ら通う場合やご家族が送迎を行う場合等、事業所が送迎を行わない場合）は減算を行います。-47単位／片道

※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。

6. 介護保険の給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用額の全額がご契約者の負担となります。

(1) 介護保険給付の限度額を超えるサービスを利用される場合は、利用料金全額がご契約者の負担となります。

(2) 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。

(3) 複写物の交付

ご契約者等は、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) 通常の事業実施区域外への送迎

通常の実施区域外の地域にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は送迎費用として、下記料金をいただきます。1kmあたり 300円

7. 利用料金のお支払方法

料金・費用は、口座引き落としでの支払いとなります。（翌月26日に自動引き落としさせていただきます。自動引き落とし口座は、別紙「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」にてご指定願います。

8. 利用の中止、変更、追加

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ます。

9. 緊急時への対応

サービス提供中にご利用者の容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、ご家族・主治医・医療機関への連絡、連携を速やかに行い、適切な対応を行います。

10. 火災発生時への対応について

通報（消防署・近隣住民等）を行い、速やかな避難誘導を行います。消火設備の適切な設置及び定期的な防災訓練の実施を行います。

11. 地震等災害時への対応について

近隣住民との連携を図り、速やかな避難誘導を行います。定期的な防災訓練の実施を行います。

12. 苦情相談窓口

(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 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00
管理者 アクティブデイサービスセンター四ツ谷 藤本 顕久
電話番号 (0533) 86-7022 FAX (0533) 95-5220

行政機関その他苦情受付機関

豊川市役所 介護高齢課	所在地 豊川市諏訪1丁目1番地 電話番号 (0533) 89-2173 FAX (0533) 89-2137 受付時間 9:00～17:00
東三河広域連合 介護保険課	所在地 豊橋市八町2丁目16番地 電話番号 (0532) 26-8471 FAX (0532) 26-8475 受付番号 9:00～17:00
愛知県国民健康保険団体連合会	所在地 名古屋市東区泉1丁目6番5 電話番号 (052) 971-4165 FAX (052) 962-8870 受付時間 9:00～17:00
愛知県社会福祉協議会	所在地 名古屋市中区丸の内2-4-7 電話番号 (052) 202-0167 受付時間 9:00～17:00

13. 契約締結からサービス提供までの流れ

〈 事業対象者／要支援1・2／要介護1～5 〉

- (1) ご利用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、「介護予防計画書・居宅サービス計画書（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。
- (2) 選択的サービスの利用の有無については、通所介護計画に定められます。
- (3) 通所介護計画では、ケアプランに沿って、具体的なサービス内容や援助目標を定めます。
- (4) 通所介護計画を作成した上でご契約者にサービスを提供します。
- (5) 通所介護計画は、ケアプランが変更された場合、又はご契約者もしくはそのご家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、ご契約者及びそのご家族等と協議して通所介護計画を変更いたします。
- (6) 通所介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者に対して書面を交付しその内容を確認していただきます。
- (7) 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金を（自己負担額）お支払いいただきます。

14. サービス提供における事業者の義務

当事業所で提供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) ご利用者の生命、身体の安全・確保に配慮します。
- (2) ご利用者の体調、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上、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。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、医療機関等に心身等の情報を提供します。
- (6) サービス担当者会議など、ご契約者に係る他の介護事業者等との連携を図るなど、正当な理由がある場合には、その情報を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ます。

15. 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

- ・施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
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は、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、また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ご利用者に対し、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 当事業所敷地内では、喫煙できません。

(3) 持ち込み制限 他のご利用者に危害を及ぼすと思われるもの。

16. 事故発生時の対応

- (1) ご利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該ご利用者様のご家族、当該ご利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要に応じた措置を講じます。
- (2) 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

17. 第三者評価の実施状況

- ・提供するサービスの第三者評価の実施状況
第三者評価の実施は行っていません。

18. 損害賠償について

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、当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意とします。
ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用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。

19. 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利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了日の7日前までにご契約者等から契約終了の申し入れがない場合は本契約は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は当事業所との契約は終了します。

- ① ご利用者が死亡した場合。
- ② 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合。
- ③ 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。
- 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 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 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）。

20. ご契約者からの解約・契約解除の申し出

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。

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「居宅サービス計画（ケアプラン）」「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地域密着型通所介護サービス・通所介護予防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業が認められる場合。
- ⑦ 他のご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。

21. 事業者から契約解除の申し出

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ヶ月以上遅延し、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、もしくは他のご利用者等の生命・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。

22. 契約の終了に伴う援助

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。

23. 認知症、ハラスメント、虐待についての取り組み

当事業所では、介護にかかわるすべての従業員に対して、認知症・ハラスメント・虐待防止等の知識及び対応について研鑽を深め、適切な対応を図るよう努めます。

事業所内においては、責任者を設定し、施設としての責務を果たすよう努めます。発見の際には速やかに対応するとともに関係各所に届け出をいたします。

指定地域密着型通所介護、指定介護予防通所介護サービスの提供に際し、本書面の説明を行いました。

アクティブデイサービスセンター四ツ谷

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、指定地域密着型通所介護、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。

令和 年 月 日

ご利用者 住所 豊川市

氏名

署名代行人：私は本人に意思を確認の上、署名代筆いたしました。

住所

氏名 続柄 ()

※個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、株式会社ともいきが、私および身元引受人、ご家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、収集することに同意します。

1. 利用期間：居宅サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。
2. 利用目的
 - (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため。
 - (2) ご利用者に係る居宅サービス計画書（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
 - (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、居宅サービス事業者、自治体（保険者）その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
 - (4) ご利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合。
 - (5) ご利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため。
 - (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議、外部監査等への情報提供。
 - (7) 施設等で行われる学生等の実習への協力。
 - (8) その他サービス提供で必要な場合。
 - (9) 上記に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。
3. 個人情報の内容
 - (1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、サービス提供に必要なご利用者やご家族の個人情報。
 - (2) その他ご利用者やご家族に関する個人情報であって、特定の個人が識別され、又は識別されうる情報。
4. 使用条件
 - (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供にカンファレンス目的以外で決して利用しない。またご利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
 - (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方の経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

ご利用者：住所 豊川市

氏名

署名代行人：私は本人に意思を確認の上、署名代筆いたしました。

住所

氏名

続柄（ ）