

**介護予防・日常生活支援総合事業  
第一号通所事業（介護予防通所型サービス）重要事項説明書  
Ver. 9 (R6.1.1～)**

津橋北デイサービスセンター「サポート」

当事業所はご契約者に対して「介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業(介護予防通所型サービス)」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、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方、基本チェックリストで「事業対象者」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。

## 1. 事業者

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 ウェルケア       |
| (2) 法人所在地 | 三重県津市上浜町6丁目277番地の1 |
| (3) 電話番号  | 059-221-0555       |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 中北 幸男          |
| (5) 設立年月  | 平成9年7月10日          |

## 2. 事業所の概要

- |               |   |
|---------------|---|
| (1) 事業所の種類    | 第一号通所事業所（介護予防通所型サービス）<br>平成29年4月1日指定<br>24A0500066  |
| (2) 事業所の目的    | 利用者が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、生活の質の確保及び向上を図ると共に、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第一号通所事業（介護予防通所型サービス）を提供することを目的とします。 |
| (3) 事業所の名称    | 津橋北デイサービスセンター「サポート」   |
| (4) 事業所の所在地   | 津市上浜町6丁目277番地の1   |
| (5) 電話番号      | 059-221-0555  |
| (6) 事業所長（管理者） | 氏名 渡邊 利生  |
| (7) 当事業所の運営方針 | ・提供するサービスは、介護保険法その他関係法令等の趣旨に沿ったものとします。<br>・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供と、必要とされる適切なサービスを提供します。                           |

(8) 開設年月 平成10年4月14日

(9) 利用定員 50名

※ 介護給付での利用者を含みます。

※ 災害その他のやむをえない事情のある場合は、この限りではありません。

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 旧津市内

(2) 営業日及び営業時間

営業日	日曜日を除く毎日 (12月31日～1月3日を除く)
受付時間	月～土 8時30分～17時30分
サービス提供時間	8時50分～16時30分 (上記の時間帯内で個別サービス計画書に位置づけられた時間)

### 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（介護予防通所型サービス）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〉

※各階（単位）の職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	資 格		常 勤	非 常 勤
1. 管理者		事業所の従事者業務の管理	1	
2. 生活相談職員	介護福祉士等	利用申込に係る調整、相談援助及び技術指導。介護予防通所介護計画の作成。	4	
3. 介護職員	介護福祉士等	利用者の心身状況の把握、日常生活上の世話及び介護	3	13
4. 看護職員	看護師・ 准看護師	心身状況の把握・健康管理。病状急変時の看護。	2	2
5. 機能訓練指導員	看護師・ 准看護師・ 理学療法士等	心身機能の維持、向上のための訓練指導、助言。	2	2
6. 事務員		介護給付費等の請求事務及び連絡通信事務。	2	
6. 調理員	管理栄養士等	外部委託による昼食の調理		2

〈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
2. 看護職員	勤務時間 8 : 30 ~ 17 : 30
3. 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

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<br>(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（通常9割ですが、一定以上の所得のある方は8割あるいは7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

第一号通所事業（介護予防通所型サービス）は、事業者が設置する事業所に通っていただき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

① 利用者宅への送迎

・事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、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。

② 日常生活上の世話

・食事の提供及び介助

食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難のある方にはきざみ食等の提供を行います。

・入浴の提供及び介助

入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、全身浴・部分浴・清拭、洗髪などを行います。また、必要な更衣の介助を行います。

・移動、移乗の介助

介助が必要な利用者に対して、室内の移動移乗介助を行います。

- ・服薬介助

介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の手伝い、確認を行います。

③ 機能訓練

- ・日常生活動作を通じた訓練

利用者の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。

- ・レクリエーションを通じた訓練

利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや、歌唱、体操などを通じて訓練を行います。

- ・器具等を使用した訓練

利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器具等を用いた訓練を行います。

④ その他

- ・創作活動

書道、絵手紙、手芸、折り紙等利用者の選択に基づき、趣味、趣向に応じた創作活動の場を提供します。

⑤ 個別サービス

- ・個別機能訓練

個別機能訓練計画書を作成し、これに基づきサービス提供を行います。

<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・支援計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、第一号通所事業（介護予防通所型サービス）計画書に定めます。ただし、ご契約者の状態の変化、介護予防サービス・支援計画に位置づけられた目標の達成度を踏まえ、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>

下記の料金表によって、ご契約者の要支援度等に応じたサービス利用料金（自己負担額の割合による金額）をお支払い下さい。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利用者負担割合 **1割** の場合の1月あたりの料金

サービス内容	単位数	備考
事業対象者・要支援1（週1回程度）	1, 6 7 2	1月につき
要支援2（週1回程度）	1, 7 1 4	1月につき
要支援2	3, 4 2 8	1月につき
事業対象者・要支援1（週1回程度）	3 8 4	1回につき・月4回まで
要支援2（週1～2回程度）	3 9 5	1回につき・月8回まで

	運動器機能向上加算	225	1月につき
	介護職員処遇改善加算Ⅱ	合計単位× 4.3%	介護職員の賃金を適切に行っている事業所への評価
	介護職員等特定処遇改善加算	合計単位× 1.2%	介護現場で長く活躍してきた職員の賃金向上につなげるための評価
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士25%以上の事業所への評価
	〃 要支援1・事業対象者	88	
	〃 要支援2（週1回程度）	88	
	〃 要支援2（週2回程度）	176	
	科学的介護推進体制加算	40	1月につき
	介護職員ベースアップ等支援加算	合計単位× 1.1%	介護職員の収入を3%程度引き上げるための措置

- ☆介護保険負担割合証に記載された負担割合により、1～3割負担での請求となります。
- ☆上記の単位数の合計に地域区分6級地加算（津市は1単位＝10.27円）を乗じた金額が利用料となり、その1割（2割または3割）が利用者負担分としての料金となります。
- ☆ご契約者がまだ要介護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・支援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食事の材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 介護保険給付の支給限度額を超える第一号通所事業所（介護予防通所型サービス）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。

① 食事の材料の提供（給食費）

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：1回あたり750円

※おやつ代は給食費に含まれておりますが、特別に取り寄せた場合は別途いただきます。

## ②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地区以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

通常の事業実施地域を越えた地点から、1 km超える毎に 30円

## ③レクリエーション、クラブ活動

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。

書道：100円（1ヶ月）                      絵手紙：50円（1回）

## ④複写物の交付

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、個人的に複写物を必要とする場合等には複写代として実費をご負担いただきます。

1枚につき              10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。

おむつ代：150円

リハビリパンツ：130円

尿とりパッド：30円

ひげそり替え刃：150円

## ⑥喫茶（コーヒーサービス）

ご希望に応じて、いれたてコーヒーを提供します。

1杯 100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1か月前までにご説明いたします。

## (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

○前記（1）、（2）の料金・費用は、請求書発行後銀行引き落としか、現金にてお支払いください。

○毎月、10日前後に前月の利用料の請求をさせていただきます。

## (4) 利用の中止、変更（契約書第8条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、第一号通所事業所（介護予防通所型サービス）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、ご契約者はサービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。

○月のサービス利用や回数については、ご契約者の状態の変化、介護予防サービス・支援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、第一号通所事業（介護予防通所型サービス）計画書に定めた期日より利用が少なかった場合、または多かった場合であっても、日割りでの割り引きまたは増額はいたしません。
- ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が第一号通所事業（介護予防通所型サービス）計画に定められた実施回数、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うえ、介護予防サービス・支援計画の変更また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せん。
- 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。
  - ① 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
  - ② 月途中で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

- 月の途中で要支援度が変わった場合には、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。
- 入院等で1ヶ月以上休止の場合、再開後、利用日変更の場合もありますので、あらかじめご了承ください。

#### （5）第一号通所事業（介護予防通所型サービス）従事者の禁止行為

- 第一号通所事業（介護予防通所型サービス）従事者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。
  - ①医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員がおこなう診察の補助行為を除く）
  - ②利用者または家族の金銭、預金通帳、証書、重要書類などの預かり（現金払いの利用料等を除く）
  - ③利用者または家族からの金銭、物品、飲食の授受
  - ④身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者または第三者等の生命や身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除く）
  - ⑤その他利用者または家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動その他迷惑行為

## 6. 緊急時の対応について

- ご利用中に体調が悪くなった場合には、ご家族に連絡の上対応を決めます。必要な場合は、救急搬送等の措置を講じます。

## 7. 事故発生時の対応

- ご利用中に事故が発生した場合は、保険者、当該ご利用者の家族、当該利用者に係る介護支援専門員、地域包括支援センター等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。

## 8. 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、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 9. 苦情の受付について

### (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）

〔職名〕 生活相談員 福井 恭子

- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00 TEL 221-0555

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

津市 介護保険課 介護保険担当	所在地 津市西丸之内23-1 電話番号 229-3149 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	所在地 津市桜橋2-96 電話番号 222-4165 受付時間 午前9時～午後5時
三重県社会福祉協議会 地域福祉権利擁護センター	所在地 津市桜橋2-131 電話番号 213-1223 受付時間 午前8時30分～午後5時15分

## 10. 個人情報の取り扱いについて

- 個人情報の収集は、その利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集します。
- 個人情報の使用は、同意を得た利用目的の達成に必要な範囲において適正に使用します。
- 同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意、依頼の下で、個人情報の提供、預託を行う場合においても、提供、預託先が適正に管理するよう監督いたします。

<個人情報を利用させていただく範囲>

- 適切な第一号通所事業（介護予防通所型サービス）提供のため
- 提供したサービスに関する請求業務等の介護保険事務のため
- 居宅サービスの適切な提供のための、他の居宅サービス事業者との連携、照会への回答のため
- 緊急を要する場合の、医師や救急隊への連絡のため
- 当事業所で行われる職員研修に事例検討のため
- 当事業所で行われる学生等の実習教育のため
- 外部監査期間サービス評価期間への情報提供のため
- 損害賠償保険、障害保険等に係る保険会社等への相談、届出のため

<利用者ご本人の映像、写真について>

	すべて使用承諾	個人が特定できないなら承諾	すべて使用拒否	その他
ホームページ				
パンフレット				
広報誌				
施設内掲示				
施設内研修用				

## 11、ご利用にあたっての留意事項

- 病状変化やかかりつけ医および服薬内容の変更等があった場合は、職員にお知らせください。
- 多額の金銭、貴重品の持ち込みは、ご遠慮ください。
- 施設内での金銭の貸し借り、贈答品のやりとりはトラブルの元となりますので、ご遠慮ください。
- おやつを持ち込み持ち帰りは、特別な場合を除いてお断りしております。
- 施設内での、宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ご利用を休まれる場合は、当日の朝8時15分頃までにご連絡ください。
- ハラスメント行為等によって、信頼関係維持が困難と判断した場合は、保険者及び地域包括支援センター等へ相談の上サービス提供の中止や契約を解除することもあります。

令和 年 月 日

## 同 意 書

指定介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所介護事業（介護予防通所型）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致しました。

説明者職名 生活相談員

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、指定介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所介護事業（介護予防通所型サービス）の提供開始に同意しました。また、個人情報の取り扱いに関しても、十分理解のうえ同意します。

ご契約者

(代筆者 )