

シニアフィットネス デイ ここから重要事項説明書 (介護予防・日常生活支援総合事業 1号通所事業重要事項説明書)

当事業所は介護保険の指定を受けています。

介護予防通所介護

(岐阜県指定 第2192100473号)

当事業所はご契約者に対して指定居宅サービス(通所介護)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。

◇◆目次◆◇

1. 事業者(法人)の名称
2. ご利用事業所の概要
3. 事業の目的と運営方針
4. 提供するサービスの内容
5. 営業日時
6. 職員の配置状況
7. 利用料
8. 緊急時における対応方法
9. 事故発生時の対応
10. 利用者の尊厳
11. 身体拘束の禁止
12. マイナンバーの取り扱いについて
13. 感染症及び非常災害の対策
14. 事業所からの解約権について
15. 苦情相談窓口
16. サービス利用にあたっての留意事項

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）契約書別紙（兼重要事項説明書）

様に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者（法人）の名称

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 麩城会
主たる事務所の所在地	大垣市入方3丁目70番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 名 和 久
設立年月日	平成8年7月5日
電話番号	0584-88-1567

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	シニアフィットネス デイ ここから	
サービスの種類	第1号通所介護事業（介護予防通所介護相当）	
事業所の所在地	大垣市友江2丁目1番地1	
電話番号	0584-47-7420	
指定年月日・事業所番号	令和4年6月20日	2192100473
管理者（職名・氏名）	管理者 村田 務	
通常の事業の実施地域	大垣市（墨俣地区を除く）	

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	社会福祉法人麩城会が実施する居宅サービスにおいて、要支援状態にある利用者が、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。
運営の方針	社会福祉法人麩城会は、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。

4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）は、送迎・健康管理・排泄・機能訓練等のサービスを提供します。

具体的なサービスは以下のとおりです。

送迎・・・送迎車（車椅子対応可能）によりご自宅と施設間を送迎します。

健康管理・・・利用時に体温、血圧、脈拍の確認を行います。

排泄・・・ご利用者の個々の状態に合わせた排泄介助を行います。

機能訓練・・・専従の機能訓練指導員等が、ご利用者及びご自宅の状況を把握し計画を作成して訓練を実施、モニタリングを行います。

5. 営業日時

営業日	月曜日～金曜日（ただし12月29日～1月3日を除く）
営業時間	月曜日～金曜日 8時30分～17時30分
サービス提供時間帯1	月曜日～金曜日 9時15分～12時15分
サービス提供時間帯2	月曜日～金曜日 13時30分～16時30分

6. 職員の配置状況

職種	配置時間・配置数	
生活相談員	9：15～16：30	1名以上
介護職員	9：15～16：30	2名以上
看護職員	9：15～15：00	1名以上

※緊急時に看護職員の不在時は、特別養護老人ホーム友和苑に出勤している看護職員が対応します。

7. 利用料

(1) 第1号通所介護事業（介護予防通所介護相当サービスの利用料）

ご利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、ご利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割、3割の額です。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、超えた額をご負担いただきます。

（1単位＝10.14円）

介護予防通所 基本サービス費 (日割)		サービス提供 体制加算Ⅱ	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1	1798 単位/月 (436 単位/日)	72 単位/月	2,071 円	4,141 円	6,212 円
要支援2	3621 単位/月 (447 単位/日)	144 単位/月	4,169 円	8,338 円	12,507 円

※基本単位はケアプランに基づき月額算定となり、利用回数が隔週の方や要支援2の方で週1回利用の場合等は日額での算定となります。

※1ヶ月の総単位数に通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰロ：127/1000に相当する単位数を算定します。

※科学的介護推進体制加算として40単位（1ヶ月）を算定します。

(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サービス

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 飲料水代

ご希望により利用1回につき120円の飲料代をご負担していただきます。

※お茶、スポーツドリンクなど4種類からお好きな飲料水をお召し上がり下さい。

③ レクリエーション・クラブ活動

ご契約者の希望により教室等に参加していただいた場合に実費がかかる場合があります。(材料費等)

④ 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。

内容	通所介護
リハビリパンツ	30円
尿取りパッド	25円
紙オムツ	大 95円 普通 85円

(3) 支払い方法

施設利用料金につきましては、1ヶ月ごとに計算し、翌月に請求します。十六銀行コンピューター株式会社による自動集金システム(自動口座振替)をご利用下さい。手数料につきましては施設にて負担いたします。なお、日常生活上費用となった諸経費実費につきましては、利用終了後に請求させていただきますのでご了承下さい。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や様態が急変、その他の緊急事態が生じたときは、救急車の手配や家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

平成17年4月より施行されました「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに必要な措置を講じるものとします。

11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. マイナンバーの取扱いについて(契約書第14条参照)

- 1 通知カードや個人番号カード、本人の個人番号が記載された住民票の写しは、事業所等で保管致しません。
- 2 委任された利用範囲を超えて、個人番号を利用することはありません。また、むやみに他に提供することはありません。
- 3 個人番号が記載された申請書等のコピーを事業所等で保管する場合は、個人番号の記載箇所

を黒塗りするなどの安全管理を行います。

- 4 事業所により、法人・施設・職員の名前を名乗り、電話にて利用者様やご家族様の個人番号を問い合わせることはありません。

1 3. 感染症及び非常災害時の対策

感染症や非常災害が発生した場合でも必要なサービスを継続的に提供できるよう業務継続計画の策定や研修及び訓練を実施します。

1 4. 事業者からの契約解除について（契約書第 20 条第 4 項）

利用者またはその家族、その他関係者が、施設や施設職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（身体暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）並びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕をさわる等）、カスタマーハラスメント（人権格の侵害、誹謗中傷、理不尽な言いがかり、無理な要求など）のハラスメント行為を含む）を行い、事業者からの再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがない場合は、文章により契約を解除する場合があります。

1 5. 苦情相談窓口

- （1）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

○苦情解決責任者 施設長 村田 務

○苦情受付窓口（担当者） 生活相談員 田中 由利菜

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

TEL 0584-47-7420

FAX 0584-47-7421

メール kokokara@yuuwaen.jp

また、苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

- （2）行政機関その他の苦情受付機関

大垣市役所介護保険課	所在地 〒503-8601 大垣市丸の内2-29 TEL 0584-81-4111 FAX 0584-81-6221 受付時間 8時30分～17時15分
国民健康保険団体連合会	所在地 〒500-8385 岐阜市下奈良2丁目2番1号 TEL 058-275-9826 受付時間 9時00分～17時00分
岐阜県運営適正化委員会（岐阜県社会福祉協議会）	所在地 〒500-8385 岐阜市下奈良2丁目2番1号 TEL 058-278-5136 FAX 058-278-5137 受付時間 9時00分～17時00分

《苦情解決第三者委員》

特定非営利活動法人 旅人とたいようの会	所在地 〒503-0892 大垣市橋町1丁目3番地 TEL 0584-73-2662 FAX 0584-82-4158 メール tabibitol@bird.ocn.ne.jp 受付日 月曜日～金曜日 受付時間 9時00分～16時00分
------------------------	--

《法人本部》

社会福祉法人麩城会	所在地 〒503-0965 大垣市入方3丁目70番地1 TEL 0584-88-1567 FAX 0584-88-1577 メール： yuawaen@wonder.ocn.ne.jp 受付時間 8時30分～17時30分
-----------	--

16. サービス利用に当たっての留意事項

- 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従事者にご一報ください。
- 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従事者に声をかけてください。
- 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- 従事者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説明者職名

氏 名

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、同意しました。
また、この文章が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住 所

氏 名

印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

氏 名

印

関 係

立 会 人 住 所

氏 名

印