

デイサービスやまゆり
地域密着型デイサービス予防

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。
(群馬県指定 第 1092600194 号)

当事業所はご契約者に対して指定介護予防通所介護サービス・通所型サービス(第1号通所事業)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	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
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

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 春風会
- (2) 法人所在地 群馬県吾妻郡中之条町大字折田 2515 番地
- (3) 電話番号 0279-75-6517
- (4) 代表者氏名 理事長 田村 りい子
- (5) 設立年月 平成10年6月30日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成12年3月1日指定 群馬県 1072600206 号
※当事業所は上記の指定通所介護事業所内で行います。また、特別養護老人ホームやまゆり荘に併設されています。
- (2) 事業所の目的 事業所で指定介護予防通所介護・通所型サービス(第1号通所事業)の提供に当たる者が、要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定介護予防通所介護・通所型サービス(第1号通所事業)を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスやまゆり
- (4) 事業所の所在地 群馬県吾妻郡中之条町大字折田 2515 番地
- (5) 電話番号 0279-75-6541

- (6) 事業所長（管理者）氏名 宮崎 宏徳
- (7) 当事業所の運営方針 事業所の従業者は、要支援者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話および機能訓練を行うことにより、要支援者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持、ならびに要支援者等の家族の身体的および精神的負担の軽減をはかるものとする。
- (8) 開設年月 通所介護 平成11年5月1日
介護予防通所介護 平成18年4月1日
- (9) 利用定員 15人（通所介護利用者を含む）
（*利用定員の変更があった場合、書面にてお知らせすることでご了承頂きます）

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 中之条町、東吾妻町 とする。
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜・火曜・水曜・木曜・金曜
受付時間	営業日の午前8時30分から午後5時30分までとする。
サービス提供時間	営業日の午前9時30分から午後3時30分までとする。

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・通所型サービス(第1号通所事業)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。尚、看護職員については、併設特別養護老人ホームの看護職員が兼務する場合があります。

〈主な職員の配置状況〉※指定基準を遵守しています。（最大30名まで対応可）

職種	常勤換算	指定基準 (定員20名)	指定基準 (定員30名)
1. 事業所長（管理者）	1（兼務）	1名	1名
2. 生活相談員	2（内兼務1）	1名	1名
3. 介護職員	3	2名	4名
4. 看護職員	1（内兼務1）	1名	1名
5. 機能訓練指導員	1（内兼務1）	1名	1名
6. 介護支援専門員	—	1名	1名
7. 調理員	1	1名	1名

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 生活相談員	勤務時間 8：30～17：30
2. 介護職員	勤務時間 8：30～17：30
3. 看護職員	勤務時間 8：30～17：30
4. 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は以下の場合がございます。

- (1) 利用料金が介護保険から給付（8割または9割）される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

＜サービスの概要＞

① 基本利用

- ・送迎、入浴、相談等を含んだ基本利用。

② 介護職員等処遇改善加算Ⅱ

- ・介護職員の処遇改善について賃金や資質向上等に対して計画的に実践し職員に周知している事業所である場合に所定単位数に9.0／100に相当する単位数を加算する。

③ サービス提供体制加算

- ・事業所において直接サービスを提供する職員の総数のうち、介護福祉士の職員が50／100以上である。

④ 科学的介護推進体制加算

- ・厚生労働省と情報共有し、より良い介護を推進していく。40単位／月を加算します。

＜サービス利用料金(一ヶ月あたり)＞

下記の料金表通り、ご契約者の要支援度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…1割または2割）となります。

＊1割負担の方

要支援度	要支援 1	要支援 2
基本料金	17,980円	36,210円
サービス提供体制加算	72円（自己負担額）	144円（自己負担額）
自己負担	1,798円	3,621円

※自己負担金額は上記の1割

☆上記以外に介護予防通所介護予防・通所型サービス(第1号通所事業)加算として、下記の料金がかかります。

- ・介護職員等処遇改善加算Ⅱ ※利用単位数に9.0%を加算します。
- ・サービス提供体制強化加算 ※要支援度ごとに1回／月を加算します。
- ・科学的介護推進体制加算 ※40単位／月を加算します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（全額自己負担）

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事（食事提供、食材料費、おやつ代）

- ・当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を１食に
あたり４８２円をご負担いただきます。

（食事時間） １２：００～１３：００

② 送迎費

中之条町、東吾妻町 以外の地域にお住まいの方は、片道３０ｋｍ以上を超えた場
合５００円をいただきます。

③ 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。

④ ７時間以上利用の預かりサービス

ご契約者の都合により、７時間以上の利用をした場合には、３０分毎７００円を頂
きます。

⑤ 同一建物に対する減算

ケアハウスハーブガーデンに入居してサービスを利用した場合は、１ヶ月あたり要
支援１の方は３７６円・要支援２の方は７５２円が減算されます。

⑥ 複写物の交付及び閲覧

ご契約者は、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、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。（申請書の提出必要）１枚につき５０円

⑦ 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。施設備品使用時には別途料金を
頂きます。

（申請書が必要になります。）

☆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。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算しご請求しますので、当月２５日
までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア．下記指定口座への振込み

北群馬信用金庫 中之条支店 普通預金 ０１０６５３７

（北群馬信用金庫 各支店にて利用できます）

イ．窓口での現金支払

(4) 利用の中止、変更、追加

○指定利用回数以下の場合、ご契約者の都合であっても介護予防通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。利用追加並びに変更につきましては前日、中止につきましてはサービスの実施日の午前8時30分までに事業者申し出てください。利用予定日の午前8時30分までに申し出がなく利用を中止された場合は、取消料として464円全額を自己負担でお支払いいただきます。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により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契約者に提示して協議します。

(5) 個人情報の取り扱い

利用者、家族の個人情報については、下記の目的に利用し、その取り扱いは万全の体制で取り組んでいます。特に申し出でない場合には、同意頂いたものとして取り扱わせて頂きます。

施設内部での利用

- ①利用者に提供する介護サービス
- ②施設におけるサービス担当者会議
- ③利用負担金請求、会計等

第三者への情報提供

- ①他の事業者との連絡、紹介への回答
- ②業務委託の場合
- ③家族等への心身の状況説明

介護保険事務等

- ① 保険事務の委託
- ② 審査支払い機関へのレセプトの提出
- ③ 審査支払い機関又は保険者からの紹介への回答
- ④ 損害賠償保険などに係わる保険会社等への相談又は届出等

上記以外の利用目的（管理運営業務のうち）

- ① 介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- ② 介護保険施設等において行われる学生等実習への協力

(6) 緊急時の対応

○施設は、利用者に病状の急変が生じた場合や、その他緊急の事態が生じた場合は、速やかに主治医又はあらかじめ定められた協力医療機関及び各関係機関へ連絡する共に管理者に報告する。また主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の措置を講じるものとする。

(7) 事故発生時の対応

○利用者に対する事業の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、当該利用者に係わる居宅支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ

ます。

○事故の発生状況及び事故に際してとった処置について記録をしておきます。

○利用者に対する事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

6. 苦情の受付について

(1) 受付窓口、苦情処理の体制及び手順

連絡先電話番号・・・・・TEL 0279-75-6541

FAX 0279-75-7551

苦情受付担当者・・・・・佐藤 博美

(2) 苦情処理の体制

1、苦情解決責任者・・・・施設長 宮崎 宏徳 0279-75-6517

2、あんしん介護相談員・・・・吉澤 幸一 0279-75-5598

(3) 苦情の受付

- ・苦情は面接・電話・書面等により苦情受付担当者が随時受付を行う。
- ・あんしん介護相談員は、毎月1回施設に訪問し苦情・悩みの相談・話し相手となり、直接苦情を申し出ることができます。

(4) 苦情の受付の報告・確認

- ・苦情受付担当者が受け付けた苦情を、苦情解決責任者とあんしん介護相談員に報告する。
- ・あんしん介護相談員は内容を確認し、苦情を申し出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(5) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努める。

その際苦情申し出人は、あんしん介護相談員の助言や立ち会いを求めることができる。

尚、あんしん介護相談員の立ち会いによる話し合いは、次により行う。

ア、あんしん介護相談員による苦情内容の確認

イ、あんしん介護相談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

(6) 行政機関その他苦情受付機関

○中之条役場 住民福祉課

所在地 吾妻郡中之条町大字中之条1091

電話番号 0279-75-8820（直通）

○東吾妻役場

所在地 吾妻郡東吾妻町大字原町594-3

電話番号 0279-68-2111

○高山村役場

所在地 吾妻郡高山村大字中山 2 8 5 6 - 1

電話番号 0 2 7 9 - 6 3 - 2 1 1 1

※その他所在地の役場内の介護保険を担当している係でも受け付けます。

○群馬県国民健康保険団体連合会

所在地 群馬県前橋市元総社町 3 3 5 - 8

電話番号 0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 2 3

受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

○群馬県「運営適正化委員会」

専用受付 0 2 7 - 2 2 5 - 6 6 6 9

＜重要事項説明書付属文書＞

1. 事業所の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上 2 階、

(2) 建物の延べ床面積 4 3 9 2 . 8 1 m²

(3) 併設事業 当施設では、次の事業を併設して実施しています。

〔介護老人福祉施設〕平成 1 2 年 3 月 1 日指定 群馬県 1072600156 号 定員 80 名

〔短期入所生活介護〕平成 1 2 年 3 月 1 日指定 群馬県 1072600883 号 定員 20 名

〔通所介護〕平成 1 2 年 3 月 1 日指定 群馬県 1072600206 号 定員 20 名

〔居宅介護支援事業〕平成 1 1 年 8 月 3 0 日指定 群馬県 1072600065 号

〔軽費老人ホーム運営事業〕平成 1 1 年 4 月 1 日開設

2. 職員の配置状況

＜配置職員の職種＞

介護職員…ご契約者の日常生活上の介護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…ご契約者の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… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。看護職員が兼務しております。

3. サービス提供における事業者の義務

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、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個人情報等を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）（契約終了後も個人情報の保護は継続致します）
ただし、ご契約者の介護サービスに必要な会議等や医療上緊急を要し、必要性がある場合には、ご契約者の情報を提供、または利用致します。
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

- 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。

（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

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介護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。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要介護と判定された場合
- ③ ご利用者が基本チェックリストで総合事業の対象者でなくなった場合
- 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、文書でお申し出下さい。

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

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。

ご利用者保管用

令和 年 月 日

指定介護予防通所介護サービス・通所型サービス(第1号通所事業)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、同意を得て、交付しました。

デイサービス やまゆり

管理者 氏名 宮崎 宏徳 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、指定介護予防通所介護サービス通所型サービス(第1号通所事業)の提供開始に同意の上、本書面をもってサービス提供者との契約を交わしたものと致します。

利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 印

* この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31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

説明年月日 令和 年 月 日 説明者 _____ 印

個人情報の利用目的の特定

利用者、家族の個人情報については、下記の目的に利用し、その取り扱いは万全の体制で取り組んでいます。特に申し出がない場合には、同意頂いたものとして取り扱わせて頂きます。

施設内部での利用

- ①利用者に提供する介護サービス
- ②施設におけるサービス担当者会議
- ③利用負担金請求、会計等

第三者への情報提供

- ① 他の事業者との連絡、紹介への回答
- ② 業務委託の場合
- ③ 家族等への心身の状況説明

介護保険事務等

- ① 保険事務の委託
- ② 審査支払い機関へのレセプトの提出
- ③ 審査支払い機関又は保険者からの紹介への回答
- ④ 損害賠償保険などに係わる保険会社等への相談又は届出等

上記以外の利用目的（管理運営業務のうち）

- ① 介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- ② 介護保険施設等において行われる学生等実習への協力

上記について同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

家族氏名 _____ 印

続 柄 ()

施設保管用

令和 年 月 日

指定介護予防通所介護サービス・通所型サービス(第1号通所事業)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、同意を得て、交付しました。

デイサービス やまゆり

管理者 氏名 宮崎 宏徳 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、指定介護予防通所介護サービス通所型サービス(第1号通所事業)の提供開始に同意の上、本書面をもってサービス提供者との契約を交わしたものと致します。

利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 印

* この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31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。

説明年月日 令和 年 月 日 説明者 _____ 印