

## 指定介護予防型通所サービス 重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

### 1. 事業者（法人）の概要

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社 アルスタック                |
| 主たる事務所の所在地 | 〒660-0893 尼崎市西難波町2丁目19番12号 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 杉浦 美保子               |
| 設立年月日      | 平成22年6月10日                 |
| 電話番号       | 06-6419-4728               |

### 2. ご利用事業所の概要

|             |   |       |
|-------------|---|-------|
| ご利用事業所の名称   | ラウレアート  |       |
| サービスの種類     | 指定介護予防型通所サービス   |       |
| 事業所の所在地     | 〒660-0084 尼崎市武庫川町1-8  |       |
| 電話番号        | 06-6419-4482  |       |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成30年6月1日指定   |       |
| 実施単位・利用定員   | 1単位   | 定員20人 |
| 事業の責任者      | 管理者   | 田中 理恵 |
| 通常の事業の実施地域  | 尼崎市   |       |
| 施設の概要       | 食堂兼機能訓練室 69.4㎡<br>（空調設備、システムキッチン、IHコンロ、洗面設備3か所）<br>静養室 11.59㎡（空調設備）<br>相談室 7.24㎡（空調設備）<br>事務室 14.03㎡（空調設備）<br>浴室 7.24㎡（浴槽、シャワー、リフト、パネルヒーター）<br>脱衣室 5.79㎡（空調設備）<br>トイレ3カ所（車いす対応2カ所、すべてウォシュレット付）<br>玄関及びホール18.83㎡（バリアフリー、スロープ）<br>各室に火災報知機を設置し、火災発生時は、消火器・スプリンクラー設備による消火を行います |       |

### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |   |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要支援状態及び事業対象者にある利用者が、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 | 事業所は、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所、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等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. 営業日時

|          |   |
|----------|---|
| 営業日      | 月曜日から金曜日まで<br>ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます |
| 営業時間     | 8時30分から17時30分まで                           |
| サービス提供時間 | 9時30分から16時30分まで                           |

### 5. 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 勤務の形態<br>人数         | 職務内容   |
|---------|---------------------|--|
| 生活相談員   | 常勤 兼務<br>2人         | 生活相談員は、利用者の生活の向上を図るため適切な相談、援助を行い、通所介護計画の作成を行う。           |
| 看護職員    | 非常勤専従2人<br>非常勤兼務1人  | 看護職員は利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務の提供にあたる。 |
| 介護職員    | 常勤兼務 4人<br>非常勤専従 1人 | 介護職員は利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務の提供にあたる。 |
| 機能訓練指導員 | 常勤兼務1人<br>非常勤 兼務1人  | 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。            |

### 6. サービス提供の担当者

管理責任者（管理者）及び、あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|          |             |
|----------|-------------|
| 管理責任者の氏名 | 管 理 者 田中 理恵 |
| 担当職員の氏名  | 生活相談員 田中 俊雄 |

## 7. 介護予防型通所サービスの内容

介護予防型通所サービスの内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行います。

- (1) 日常生活の世話及び支援
- (2) 機能訓練
- (3) 食事の提供
- (4) 入浴サービス
- (5) 生活指導（相談・援助等）、レクリエーション
- (6) 健康チェック
- (7) 送迎
- (8) アクティビティ など

## 8. 記録の保管

あなたに対する介護予防型通所サービスの提供について記録を作成し、それを5年間保管します。あなたもしくは家族（代理人）の請求に応じてこれを閲覧及び複写物を交付することができます。複写費用は有料となります。

## 9. サービス提供計画等

あなたに提供する介護予防型通所サービスの内容は、生活相談員が介護予防型通所サービス計画として作成しあなた又はその家族に対して説明し同意を得た上で提供いたします

## 10. 利用料

あなた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、あなた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割の額です。ただし、介護保険の月額区分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（10割）をご負担いただきます

あなたがいまだ要介護認定を受けていない場合及び居宅サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料金の全額をいったん支払って頂きます。この場合サービス提供証明書を発行します。（要介護認定後又は居宅サービス計画作成後に自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い））

**(1) 介護予防型通所サービスの利用料・基本部分、加算の合計の額となります。**

| 利用者の<br>要介護度  | 利用回数                        | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) |
|---------------|-----------------------------|---------------|---------------|
| 事業対象者<br>要支援1 | 週1回利用（送迎・入浴あり）              | 1,878円        | 3,756円        |
| 要支援2          | 週1回利用（送迎・入浴あり）              | 2,270円        | 4,540円        |
|               | 週2回利用（送迎・入浴あり）              | 3,783円        | 7,566円        |
| 事業対象者<br>要支援1 | 1回につき<br>（1月の中全部で4回までのサービス） | 61円           | 122円          |
| 要支援2          | 1回につき<br>（1月の中全部で4回までのサービス） | 74円           | 148円          |
|               | （1月の中全部で5回～8回のサービス）         | 124円          | 248円          |

(注1) 上記の基本利用料は、尼崎市指定専門型訪問サービス、指定標準型訪問サービス、指定介護予防型通所サービス及び介護予防ケアマネジメントに要する費用の額の算定に関する基準を定める要綱で定める金額であり、これが改定された場合

は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類   | 加算の要件（概要）                               | 加算額                              |               |
|---|---|----------------------------------|---------------|
|   |   | 利用者負担<br>（1割）<br>10割は下記の<br>10倍額 | 利用者負担<br>（2割） |
| サービス提供体制<br>強化加算（Ⅰ）<br>事業対象者（週1回未満）<br>要支援1（週1回程度）<br>要支援2（週1回程度） | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の<br>占める割合が100分の50以上の場合 | 92円                              | 184円          |
| サービス提供体制<br>強化加算（Ⅰ）<br>要支援2（週2回程度）                                | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の<br>占める割合が100分の50以上の場合 | 184円                             | 368円          |
| 介護職員等処遇<br>改善加算Ⅰ  | 介護職員の処遇改善に関して、一<br>定の改善基準を超えた場合         | 所定単位数の 92/1000 加算                |               |

介護職員処遇改善加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

## （2）その他の費用

|      |  |
|------|--|
| 食費   | 食事の提供を受けた場合、1回につき770円  |
| おむつ代 | おむつの提供を受けた場合、実費  |
| その他  | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費 |

## （3）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合も介護報酬に関するキャンセル料は不要です。利用予定日の前日 15：00 まで申し出がなかった場合、欠席にあたり（同月内）別日にご利用の場合、食事代は不要です。振り替え利用がない場合食事代のキャンセル料 770 円を頂きます。その他、原重要事項説明書のとおりとする

| キャンセルの時期        | キャンセル料 |
|-----------------|--------|
| 利用予定日の前日 15 時まで | 無料     |
| 利用予定日の前日 15 時以降 | 食費770円 |

#### (4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて翌月15日までに請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、月末までに差上げます。

| 支払い方法 | 支払い要件等   |
|-------|--|
| 口座引落  | サービスを利用した月の翌々月の4日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 |
| 現金払い  | サービスを利用した月の翌月の月末(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。          |

#### 1 1. 守秘義務等

(1) 従業員等は、通所介護を提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

(2) 従業員等は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供します。

(3) あなたのサービス担当者会議等において個人情報を用いる必要性がありますので「個人情報使用同意書」に同意をお願いします。他の居宅サービス事業所等との連携を図るなど必要な理由がある場合には、「個人情報使用同意書」に基づき、利用者又は利用者の家族等の個人情報を最小限な範囲で用いることがあります。

#### 1 2. 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容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|                |                              |  |
|----------------|------------------------------|--|
| 利用者の主治医        | 医療機関の名称<br>氏名<br>所在地<br>電話番号 |  |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏名<br>(利用者との続柄)<br>電話番号      |  |

#### 1 3. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、あなたの家族、あなたの担当の居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。サービスの提供により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うものとします。

事故の発生又は再発防止に向けた指針の作成を行うものとします

当事業所は、兵庫県社会福祉協議会の「ひょうご福祉サービス総合保障制度」の賠償責任保険に加入しています。その内容はいつでも開示いたします。

#### 14. 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。

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| 尼崎市武庫川町1-8 ラウレアート                 |             |
| 受付時間：8：30～17：30 月～金（12/31～1/3を除く） |             |
| 電話番号：06-6419-4482 FAX06-6418-2211 |             |
| 苦情受付担当者：                          | 生活相談員 田中 俊雄 |
| 苦情解決責任者：                          | 管理者 田中 理恵   |

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

##### 【苦情受付機関】

|                    |  |
|--------------------|--|
| 尼崎市<br>介護保険課       | 尼崎市東七松町1丁目23-1<br>受付時間：9：00～17：30<br>月～金（祝日、12/29～1/3除く）<br>電話番号：06-6489-6322 FAX：06-6489-7505       |
| 兵庫県国民健康<br>保険団体連合会 | 神戸市中央区三宮町1丁目9-1-1801<br>受付時間：8：45～17：15<br>月～金（祝日、12/29～1/3除く）<br>電話番号：078-332-5617 FAX：078-332-5650 |

#### 15. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を職員に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意してください。サービスの利用中に気分が悪くなったとき

は、すぐに職員にお申し出ください。

- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 酒気を帯びて、また飲酒して利用しないで下さい。
- (4) 利用中、暴力行為や器物破損等があるときは利用を制限させていただきます。
- (5) 金銭の貸し借りや、利用者同士に多大な迷惑行為等を生じる行為は禁止です。
- (6) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

#### 16. 非常災害対策

事業所は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

#### 17. 重要事項の変更

重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、新しい重要事項説明書を交付し、口頭で説明し同意確認をしていただきます。

令和 年 月 日

事業所は、利用者への介護予防型通所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。

事業所 所在地 尼崎市武庫川町1-8  
事業所名 ラウレアート  
説明者職・氏名 管理者 田中 理恵 印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印