

「介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス A」重要事項説明書
第二サルビア荘 デイサービスセンター

当事業所は介護保険の指定を受けています。

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス（加西市指定 第 2892600129 号）

当事業所はご契約に対して介護予防・日常生活支援総合事業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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人円融会 |
| (2) 法人所在地 | 兵庫県神崎郡福崎町大貫 5 8 0 |
| (3) 電話番号 | 電話番号 0790-22-8500 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 前川 清寿 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 58 年 10 月 20 日 |

2. 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 地下 2 階 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 5,135 m ² (特養部分含む) |
| (3) 施設の周辺環境 | 県立播磨中央公園に隣接し自然に恵まれた静かな環境にある。 |

事業所の説明

- | | |
|-------------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 介護予防・日常生活支援総合事業
令和 3 年 4 月 1 日指定加西市 2892600129 号
※当事業所は特別養護老人ホーム第二サルビア荘に併設されています。 |
| (2) サービスの種類 | 第 1 号通所事業（通所型サービス A） |
| (3) 事業所の目的 | 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）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に支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むため必要なサービスをご利用いただき、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス A を提供します。 |
| (4) 事業所の名称 | 第二サルビア荘 デイサービスセンター |
| (5) 事業所の所在地 | 加西市国正町 1931-2 |
| (6) 電話番号及び FAX 番号 | TEL (0790) 45-1801
FAX (0790) 45-1807 |

(7) 施設長（管理者）氏名 立岩 伸啓

(8) 当事業所の運営方針

- ① 通所型サービスAの提供にあたって、認知機能の低下や閉じこもり予防のため、引きこもりがち利用者や軽度認知症等のリスクのある利用者に、可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、心身機能の回復を図り、もって生活機能の維持又は向上をめざすものとする。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- ③ 利用者の状態等を踏まえながら、運動・レクリエーション等を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上をめざすものとする。
- ④ 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、利用者の所在する市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
- ⑤ 通所型サービスAの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行う。

(9) 開設年月日 令和3年4月1日

(10) 事業所が行っている他の事業

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

居宅介護支援事業	平成12年4月1日指定兵庫県2872600040号
指定短期入所生活介護事業	平成12年4月1日指定兵庫県2872600107号
指定訪問介護事業	平成12年4月1日指定兵庫県2872600198号

※当事業所は特別養護老人ホーム第二サルビア荘に併設されています。

(11) 通常の事業の実施地域 加西市とする。

(12) 営業日及び営業時間

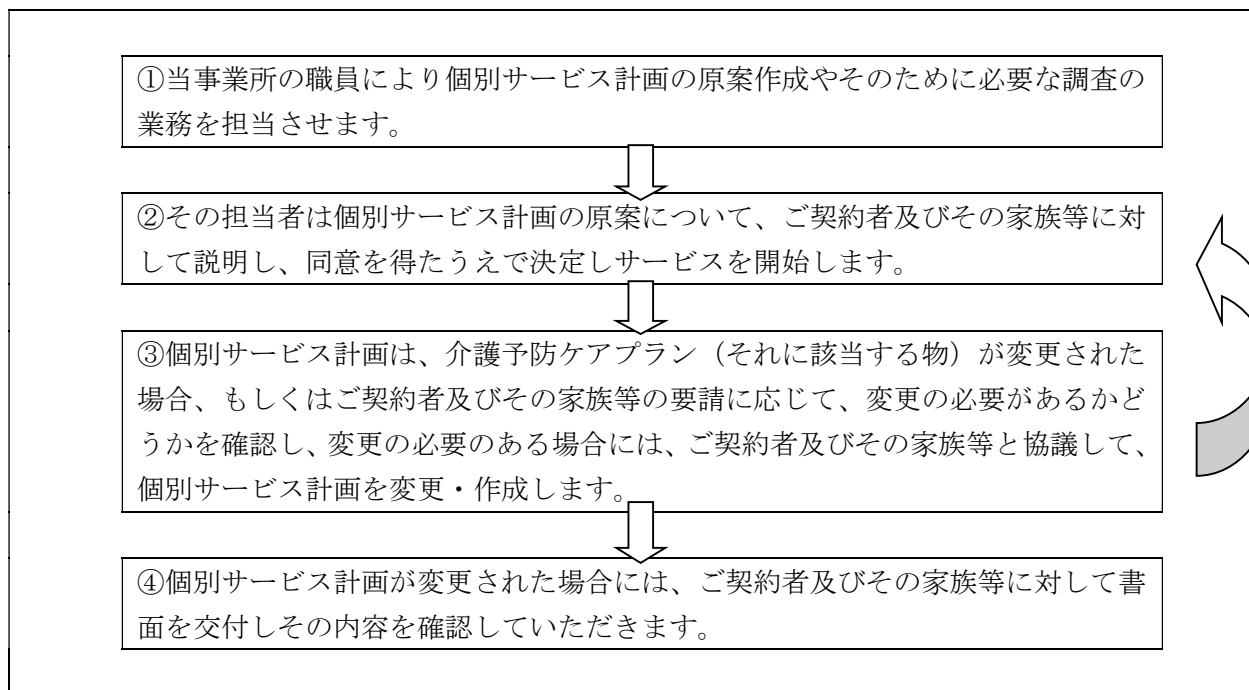
営業日	受付時間	サービス 提供時間帯
お盆休み・年末年始・GWを除く 月曜日・火曜日・木曜日	営業日の平日（祝日含む） 8：30～17：15	月曜・火曜・木曜 11：00～14：30

(13) 利用定員 15人

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

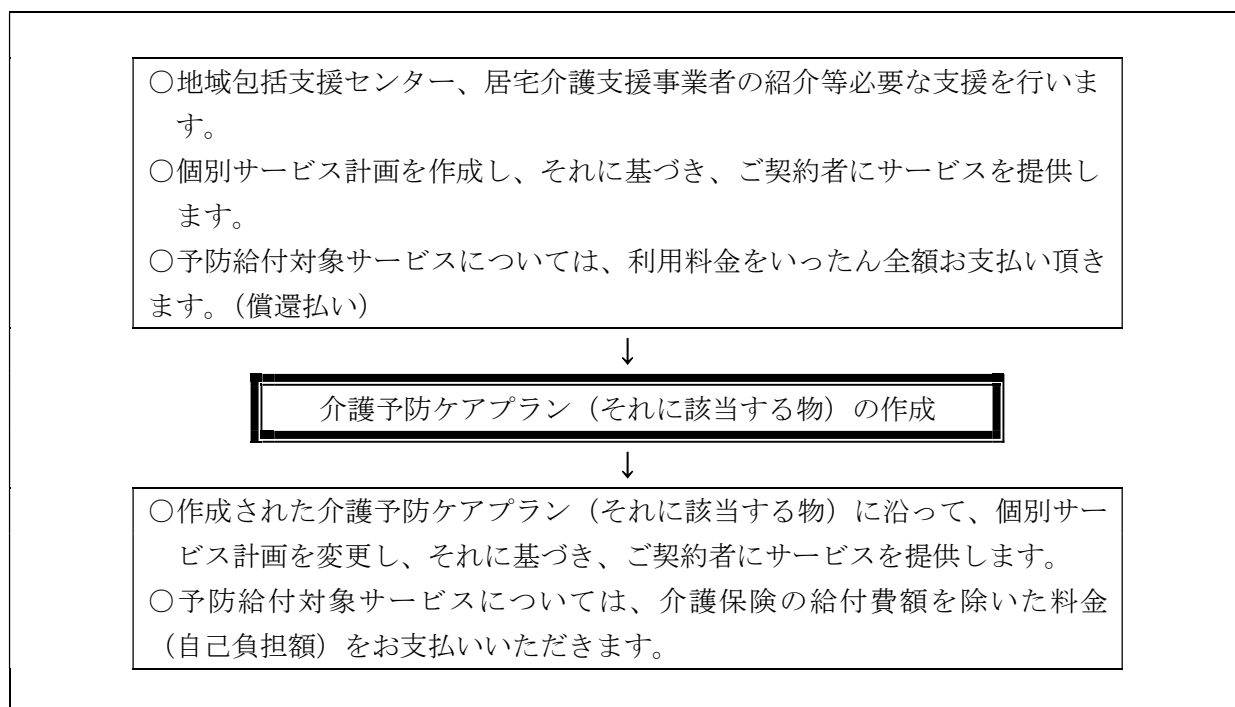
- (1) ご契約に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、介護予防ケアマネジメントプラン（以下「介護予防ケアプラン（それに該当する物）」という）がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る個別サービス計画に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）



- (2) ご契約者に係る介護予防ケアプランが作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要支援認定を受けている場合、又は事業対象者の場合



②要支援認定を受けていない、または、事業対象者ではない場合

- 要支援認定等の申請に必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 予防給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払い頂きます。(償還払い)

要支援・事業対象者と
認定された場合



- 介護予防ケアプラン
を作成していただきます。必要に応じて、
居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援
を行います。

介護予防ケアプラン（それに該当する物）
の作成

事業対象外、又は要介護と
認定された場合



- 契約は終了します。
- すでに実施されたサービスの
利用料金は全額自己負担
となります。

- 作成された介護予防ケアプランに沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 予防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(自己負担額)をお支払いいただきます。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス 通所型サービス A 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。（通所介護事業と兼務）

〈主な職員の配置状況〉

（ ）内兼務

職 種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	（1）	（1）
2. 介護職員	1 以上	1 以上

〈主な職種の勤務時間〉

職 種	勤務時間
事業所長（管理者）	8：30～17：15
介護職員	8：30～17：15（受付可能時間含む）

〈配置職員の勤務内容〉

介護職員…ご契約者の日常生活上の支援並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

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。

○介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス A

また、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
- （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）が介護保険から給付されます。

（i）〈サービスの概要〉

□送迎

- ・送迎バスにて自宅及び、自宅付近から施設間を送迎します。

□食事

- ・利用者に合った食事を提供します。

□健康チェック

- ・事業所の従業者等が健康の相談等を受け、関係機関と連絡調整し健康な生活を目指します。

□機能訓練

- ・機能低下の状態によりその方に合わせた体操等を行い機能の維持・向上を目指します。

□レクリエーション

- ・心身機能の維持、向上を目的とした体操・ゲーム・創作活動等を行います。

□生活相談

- ・事業所の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

(ii) <サービス利用料料金（1回あたり）>

利用料金は、下記の計算式により、計算させていただきます。

単位数×（単価 10.00 円）×利用者に応じた負担割合

要介護度	基本単位	利用料金	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
事業対象者・要支援 1・要支援 2	384 単位	3840 円	384 円	768 円	1,152 円

※通所サービス A の加算はなし

(2)介護保険の予防給付対象とならないサービス（契約書第 5 条）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

(i) <サービスの概要と利用料金>

☐食事の提供（食費）

- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、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適温で提供します。
- ・ご契約者ご自身で食事をとっていただくことを原則としています。
（食事時間） 昼 食 ： 12：00～
（食事代） 昼食のみ： 700 円

☐複写物の交付

- ・ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。
1 枚につき 10 円

☐レクリエーション

- ・ご契約者の希望によりレクリエーション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。

☐おむつ代

- ・実費相当額（持参された場合不要）

☐医療材料費

- ・吸引チューブ 1 本 80 円
- ・浣腸 1 回 150 円
（持参された場合不要）

(3)利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記の料金・費用は次のとおりお支払いください。

1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア．窓口で現金払い

イ．下記指定口座への振込み

但陽信用金庫 加西支店 普通預金 5222788

社会福祉法人 円融会 理事長 前川清寿

(4)利用中止、変更、追加（契約書第8条参照）

- 利用予定日前に、ご契約者の都合により、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出来ます。この場合、利用予定日の前々日まで
に事業者へ申し出てください。
- 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出来ない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示
して協議します。

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の7日前までに契約終了の申入れがない場合には、契約は更に6ヶ月間（要支援
認定期間）同じ条件で更新され、以降も同様となります。

契約期間中は、以下のような理由がない限り、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いたった場合には、当事業所との契約は終了します。

（契約書第17条 第1項参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要支援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 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない理由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の減失や重大な破損により、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）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第18条、第19条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに通知してください。

但し、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 予防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 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入所された場合
- ④ ご契約者の「介護予防ケアプラン（該当する物）」が変更された場合
- ⑤ 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サービスを実施しない場合
- ⑥ 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
- ⑦ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によってご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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
- ⑧ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等傷つけた場合もしくは傷つける具体的な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（契約書第20条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。
この場合には、事業者は契約終了を希望する日の1か月前までに契約者に通知するものとします。

- ① **ご契約者またはその身元引受人ないしご家族様、その他関係者が**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利用者等の財物・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。
ただし、事業者は、契約者が以下の事項に該当する場合は、本契約の全部又は一部を即時に解除することができます。
- ④ ご契約者の行動が他の利用者もしくはサービスの従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第21条参照）

本契約の一部が解約または解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力をうしないます。

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第17条 第2項参照）

契約が終了する場合には、当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に努めます。

7. サービス提供における事業所の義務（契約書第11条、12条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第11条、第12条に規定される義務を負います。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、財産の安全に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態から見て必要な場合には、主治医または看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 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、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。（但し、コピー代は有料となります。）
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者または、他の利用者等の生命、身体を保護する為に緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 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、速やかに主治医またはあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等処置を講じます。
- ⑦ ご契約者へのサービス提供時において、事故が発生した場合は市、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ⑧ 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者また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（守秘義務）
ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご契約者の同意を得ます。

8. サービスの利用に関する留意事項（契約書第13条参照）

（1）持込の制限

利用上で必要なもの以外は原則としてもちこむことができません。

（2）事業所・設備の使用上の注意

居室および共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。

○故意に、また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、営利活動などを行うことはできません。

（3）喫煙

喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 損害賠償について（契約書第14条 15条参照）

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配慮して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

10. 苦情の受付について（契約書第24条参照）

（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

〔氏名〕 阿江 正幸

〔職名〕 副施設長

受付時間 毎週月～金曜日 10：00～16：00

○苦情解決責任者

〔氏名〕 立岩 伸啓

〔職名〕 施設長（管理者）

TEL (0790) 45-1801

FAX (0790) 45-1807

○第三者委員

氏名 藤本 守 神崎郡福崎町大貫 287-1

連絡先 TEL (0790) 22-2372

氏名 藤本 剛 神崎郡福崎町大貫 349

連絡先 TEL (0790) 22-0929

氏名 志方 信文 加西市国正町 781-3

連絡先 TEL (0790) 45-0090

氏名 本田 博展 千葉県野田市日の出町 18-9

連絡先 TEL (04)-7127-0253

なお、第三者委員も直接苦情を受け付ける事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立ち合いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番 1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX 番号 (078) 332-5650 受付時間 8:45~17:15 月~金
○加西市役所 長寿介護課	所在地 加西市北条町横尾 1000 電話番号 (0790) 42-8788 FAX 番号 (0790) 43-8955 受付時間 8:30~17:15 月~金

11. 重要事項の変更について

重要事項説明書の内容に変更が必要な場合には、その変更内容を書面で交付し、また必要に応じて説明を行い利用者の同意を得ます。

令和3年 11月 22日改定

令和6年 4月 1日改定

令和7年 1月 1日改正

以上、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

説明者 職種 生活相談員
氏名 福永 陽一 印
令和 年 月 日 時 分～ 時 分
場所

上記の職員から重要事項の説明を受け、了解致しました。

契約者 氏名 印

身元引受人 氏名 印
続柄 ()