

重要事項説明書

【介護予防型通所サービス】

ご利用者： _____ 様

事業者： 株式会社 ALC

介護予防型通所サービス重要事項説明書 [令和3年4月1日現在]

1 デイサービスセンターあえるの概要

(1) 事業所の指定番号およびサービス提供地域

| | |
|--------------|--|
| 事業者名 | 株式会社ALC (平成22年3月設立) |
| 代表者 | 代表取締役 花田 原樹 |
| HPアドレス | http://www.a-lc.co.jp |
| 法人が行っている他の業務 | 所在地：兵庫県加古川市野口町北野1289-2 居宅介護支援事業、訪問介護事業、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、住宅改修 所在地：兵庫県加古川市上荘町都台2丁目18-3 通所介護事業 所在地：兵庫県高砂市神爪1丁目4-11FKビル1階 居宅介護支援事業、通所介護事業 所在地：兵庫県高砂市米田町米田100番地3 ホーユウコンフォルト宝殿1階 訪問介護事業 |
| 事業所名 | 主たる事業所: デイサービスセンターあえる (平成24年3月開設) サテライト: デイサービスセンターあえるサテライト |
| 所在地 | 主たる事業所: 加古川市野口町坂元1123番地2 サテライト: 加古川市野口町水足241番地の2 |
| 電話番号 | 主たる事業所: 079-441-8950 (FAX) 079-441-8951 |

| | |
|----------|---|
| | サテライト：079-490-5482 (FAX) 079-490-5483 |
| 介護保険指定番号 | 介護予防型通所サービス事業 (指定事業所番号：2872202854) |
| 施設概要 | <p>[主たる事業所]</p> <p>建物の構造：木造</p> <p>設備：食堂、機能訓練室、静養室、相談スペース、事務スペース 浴室、洗面所</p> |
| | <p>[サテライト]</p> <p>建物の構造：木造</p> <p>設備：食堂、機能訓練室、静養室、相談スペース、事務スペース 浴室、洗面所</p> |
| サービス提供地域 | <p>加古川市</p> <p>※こちらの地域以外の方でもご相談ください。</p> <p>上記地域の方は、送迎に係る交通費はサービス利用料金に含まれています。上記地域外の方につきましては、上記範囲を超えて1 kmにつき 15 円の送迎費をいただきます。</p> |
| 地域区分 | 7 級地 (10. 14円) |

(2) 営業時間

| | |
|-------|---|
| 月 ~ 土 | <p>午前8：30 ~ 午後5：30</p> <p>サービス提供時間帯は午前10:00～午後4:00です。</p> |
|-------|---|

(3) 職員体制

[主たる事業所] (定員 24 名)

管理者：1 名

生活相談員：1名以上

看護師：1名以上

機能訓練指導員：1名以上

介護職員：1名以上

[サテライト]（定員13名）

管理者：1名（主たる事業所と兼務）

生活相談員：1名以上（主たる事業所と兼務）

看護師：1名以上（主たる事業所と兼務）

機能訓練指導員：1名以上（主たる事業所と兼務）

介護職員：1名以上

- 管理者は、主たる事業所、サテライト事業所の各従業員の管理及び業務の管理を一元的に行います。
- 生活相談員は、利用申込にかかる調整、通所介護計画又は介護予防通所介護計画の作成等を行います。また、ご利用者に対し日常生活上の介護その他必要な業務の提供にあたります。
- 介護職員、看護職員はご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ります。
- 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、助言を行います。

2 事業の目的及び運営方針

要介護者等の心身の特徴を踏まえて、ご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、さらにご利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要

な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。

事業の実施にあたっては関係市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。

3 サービス内容

居宅サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント計画（以下「居宅サービス計画等」等）に基づいてサービスを行います。ただし、緊急を要する場合にあつては、居宅サービス計画等の作成前であってもサービスを利用できるものとし、次に掲げるサービスからご利用者が選定したサービスを提供いたします。

(1) 身体介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供いたします。

- 排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護

(2) 入浴に関すること

ご家庭において入浴することが困難なご利用者に対して、必要な入浴サービスを提供いたします。

- 衣類着脱の介護、身体の清拭、整髪、洗身、その他必要な入浴の介助

(3) 食事に関すること

給食を希望されるご利用者に対して、必要な食事のサービスを提供いたします。

- 食事の準備、配膳下膳の介助、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助

※ 酒類の提供は行いません。

(4) 機能訓練に関すること

体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行います。

(5) 口腔ケアに関すること

口腔機能の向上を目的とし、口腔清掃、摂食・嚥下機能に関する指導若しくはサービスの提供を行います。

(6) アクティビティ・サービスに関すること

ご利用者が、生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、アクティビティ・サービスを実施いたします。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障がいの受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図ります。

例) レクリエーション、音楽活動、制作活動、行事的活動、体操

(7) 送迎に関すること

送迎を必要とされるご利用者に対し送迎サービスを提供いたします。送迎車両には通所介護従事者が添乗し必要な介護を行います。

(8) 相談・助言に関すること

ご利用者及びご家族の日常生活における介護等に関する相談および助言を行います。

4 利用料金

(1) 利用料（各加算については、ご利用者の選択によりサービス提供し、算定いたします。）

○ 介護予防型通所サービス費

| | | |
|--|------------------|----------|
| 【事業対象者、要支援1】 ・週1回程度：384単位/回 (月4回超えの場合1672単位/月) 【要支援2】 ・週2回程度：395単位/回 (月8回超えの場合3482単位/月) | 運動器機能向上体制加算 | 225 単位/月 |
| | 生活機能向上グループ活動加算 | 100 単位/月 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 240 単位/月 |
| | 介護職員処遇改善加算 I | 5.9% |
| | 特定処遇改善加算 II | 1.0% |
| | 科学的推進体制加算 | 40 単位/月 |
| | 生活機能向上連携加算 II | 200 単位/月 |
| | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1.1% |

※ 月途中からのサービス開始、月途中のサービス終了の場合であっても、日割り計算は行いません。

下記の場合、例外として日割り計算を行います。

- ① 月途中に要介護から要支援に変更となった場合、要支援から要介護に変更となった場合 同一保険者管内での転居等（ご利用者の都合により）事業所を変更した場合については、日割り計算によります。

また、月途中で要支援度が変更となった場合についても、日割り計算により、それぞれの単価を算定します。なお、加算（月額）部分に対する日割り計算は行いません。

- ② 介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護のご利用

者が、月途中で介護予防特定施設等を退所し、その後、介護予防型通所サービスを利用した場合は、1月から介護予防特定施設入居者生活介護等の利用日を減じて得た日数により日割りで計算します。（入所前の介護予防型通所サービス費の取扱いも同様に日割り計算します。）

- ③ 介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護のご利用者が、当該サービスを利用しない日において、介護予防型通所サービスを利用する場合は、1月から介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の利用日数を減じて得た日数により日割りで計算します。

また、介護予防型通所サービスと介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を同日に利用した場合については、その日は、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を利用した日とし、この日を減じて日割り計算いたします。

- ④ 介護予防型通所サービス事業者の事業開始・事業廃止、更新制の導入に伴う指定有効期間、効力停止期間の開始・終了の場合は、それぞれ事業を行っていない日数を減じて得た日数により日割りで計算します。

- ⑤ 月の一部が公費適用期間であった場合、適用となった日数を減じて得た日数により日割りで計算します。

○感染性または災害の発生を理由とすることご利用者数の減少が一定以上生じている場合は基本報酬に3%加算し、算定させていただきます。

○ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。また、ご利用者が法定代理受領サービスをご利用できないことにより償還払いとなる場合には、一旦利用料を全額自己負担しなければなりません。その際には、サービス提供証明書を発行いたします。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

| | | |
|-------------|-------|------|
| 食材料費用 | | 500円 |
| レクリエーション材料費 | | 実費 |
| オムツ・はくパンツ | 一枚につき | 150円 |
| パッド | 一枚につき | 30円 |
| その他日常生活費 | | 実費 |
| 複写物 | 一枚につき | 10円 |

※ 介護保険適用外の自費につきましては、料金を改定する際には、1月以上前にご利用者に文書にてご連絡させていただきます。

(2) キャンセル料金

ご利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。（連絡先：079-441-8950）

| | |
|------------------------------|------|
| ①ご利用日の前営業日の17時半までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ②ご利用日の前営業日の17時半までにご連絡がなかった場合 | 500円 |

ただし、ご利用者の病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料を支払うことなくサービス利用を中止することができます。なお、月額のご利用料金となるご利用者については、キャンセル料金は発生いたしません。

(3) 料金の支払方法

前月分の利用料の請求書を翌月15日までにお渡しいたします。請求書には明細がついていますので必ず内容をご確認ください。原則口座引落でのお支払いをお願い致しておりますが、その他振込、現金集金でもお支払いいただけます。

① 口座引落：当月分は翌月27日に引落となります。引落できなかった場合は、ご連

絡させていただきます。

② 銀行振込の場合

| 銀行名 | 種別 | 口座番号 | 名義人 |
|---------------|----|---------|-----------------------|
| 姫路信用金庫／東加古川支店 | 普通 | 0237476 | 株式会社A L C 代表取締役 花田 原樹 |
| 但陽信用金庫／神野支店 | 普通 | 0254605 | 株式会社A L C 代表取締役 花田 原樹 |

③ 現金集金

翌月の20日までにお支払ください。

※お支払い確認後、領収証を発行します。大切に保管してください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。介護予防型通所サービス計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画等の作成を依頼している場合は事前にケアマネジャーにご相談下さい。

(2) サービスの終了

① ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と

認定された場合

- ・ ご利用者が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者は文書解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

・ ご利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはご利用者やご家族の方などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当事業所により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。

・ 暴力又は乱暴な言動、無理な要求、物を投げつける、刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける、怒鳴る、奇声、大声を発する、対象範囲外のサービスの強要、セクシャルハラスメント、介護従事者の身体を触る、手を握る、腕を引っ張り抱きしめる、ヌード写真を見せる、性的な話卑猥な言動をする、その他、介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く、ストーカー行為等のハラスメントに該当するとみなされる場合はサービスを終了させていただきます。

・ 病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合があります。

・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。また、ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。・ サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替える事ができます。ただし、定員を超過する日には振替できませんのでご了承ください。

・他のご利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

6 感染症・災害時の対策

- ・感染症の発生及びまん延などに関する取り組みとして、現行の委員会の開催、指針の整備研修の実施、訓練（シミュレーション）を実施します。
- ・感染症や災害が発生した場合であっても必要なサービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画の策定、研修、訓練を実施します。

7 緊急時の対応方法

ご利用者の病状の急変やその他の必要な場合には、主治医（かかりつけ医）ならびにご家族の方に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

| | | | | |
|-----|-------------|--|------|--|
| 主治医 | 病院・医院名：主治医名 | | | |
| | ご連絡先 | | | |
| ご家族 | 氏名 | | ご連絡先 | |
| ご家族 | 氏名 | | ご連絡先 | |

8 ケアマネジャーや主治医（かかりつけ医）との連携

当事業所は、サービスの提供に当たり、ご担当のケアマネジャーや主治医（かかりつけ医）との綿密な連携を図り、より良いサービスを提供いたします。

また、ご利用者が居宅サービス計画等の変更を希望される場合は、速やかにご担当のケアマネジャーへ連絡し、調整いたします。

9 損害賠償

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。当事業所がご利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、誠実に対応するとともに、当事業所は金銭等により賠

償をいたします。

| | |
|------------|----------------------------|
| 加入保険会社 | 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 |
| 保険の種類 | 総合賠償責任保険 |
| 業務内容 | 通所介護 訪問介護 居宅介護支援 福祉用具貸与・販売 |
| 当事業所の連絡担当者 | 代表取締役 花田 原樹 |

10 プライバシーについて

当事業所は、ご利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、「個人情報の取得と取扱いについて」に記載した目的以外に、決して第三者に漏らすことはありません。契約終了後も同様です。

サービスを提供する上でご利用者やそのご家族の情報を利用するには、ご利用者の同意が必要となります。別紙「個人情報の保護と取扱いについて」により、ご説明いたします。

11 虐待防止について

当事業所は、ご利用者などの人権擁護・虐待の防止などのために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 松田 晶子 |
|-------------|-----------|

(2) 苦情解決体制を整備しています。

(3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

12 こんな場合はこちらまで

- ① 担当者と連絡を取りたい場合 079-441-8950
- ② 予約していたサービスの利用を中止する場合
079-441-8950 (すみやかにご連絡ください。)

③ サービスの提供に関して苦情や相談がある場合

(当事業所の苦情相談窓口)

連絡先： 079-441-8950

受付時間： (平日)午前8時30分～午後5時30分

担当者： 管理者および代表取締役 花田 原樹

(介護保険サービスの苦情について)

| | |
|----------------------------------|--|
| 兵庫県国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情相談窓口) | 連絡先 (078) 332-5617 受付時間(平日)午前9時～午後5時15分 |
| 加古川市福祉部介護保険課 | 連絡先 079-421-2000 (代表) 開庁時間 (平日) 午前8時半～午後5時15分 |

1.3 サービスの利用にあたって

十分な配慮の上、サービスの提供を行います。しかし、利用者様の転倒等、不慮の事故等
はあり得ます事をご承知おき願います。事故は起こりえます。万が一事故が起こった場合
は、誠意をもって対応いたします。介護サービスは利用者様、ご家族、そして弊社との互
いの信頼関係により、成り立ちます。そのことを理解いただき、ご契約していただけます
ようお願いいたします。

1.4 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合、ご利用者に文書を交付し口頭で
ご説明いたします。

介護予防型通所サービスの提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行ないました。

年 月 日

事業者： 住 所 加古川市加古川町大野 504 番地 3

会 社 名 株式会社ALC

代表取締役 花田 原樹 印

事業所： 住 所 加古川市野口町坂元 1123 番地 2

事業所名 デイサービスセンターあえる

[サテライト] 加古川市野口町水足 241-2

デイサービスセンターあえるサテライト

説 明 者 印

私は、本書面によりALCから重要事項の説明を受けました。

利用者： 住 所

氏 名 印

代理人： 住 所

氏 名

印