介護予防･日常生活支援事業(第1号通所事業)

デイサービスセンター　ゴジカラ村

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。
（事業所番号　第2375000268号）

当事業所は、ご利用者に対して介護予防・日常生活支援総合事業サービスを提供します。
当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以下のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として、要介護認定の結果「要支援」「事業対象者」と認定された方が対象となります。
但し、要介護認定をまだ受けていない方でも、サービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業経営法人 2
2. 利用サービス. 2
3. 事業所の概要 2
4. 設備について. 3
5. 職員の配置状況 3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金 4
7. 利用者の義務 8
8. 契約の終了 9
9. 身元引受人 11
10. 反社会的勢力の排除 11
11. 虐待防止について 12
12. 身体拘束について. 12
13. 苦情の受付について 13

1. 事業経営法人

(1) 法人名　　社会福祉法人　愛知たいようの杜
(2) 法人所在地　　愛知県長久手市根嶽1201番地
(3) 電話番号　　0561 - 63 - 2739
(4) 代表者氏名　　理事長　大須賀　豊博
(5) 設立年月日　　昭和61年6月18日

2. 利用サービス

(1) 事業所の種類　　第1号通所事業(介護予防通所サービス、予防専門型通所サービス)
平成18年4月1日指定　愛知県2375000268号

(2) 事業の目的

当事業所は、介護保険法令に従い、ご利用者（以下「利用者」）が、居宅において、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、適正な介護予防・日常生活支援総合事業サービスを提供することを目的としております。

(3) 事業の運営方針

当事業所では、介護予防サービス計画書及び介護予防マネジメントケアプランに基づき、要支援者の心身の特性を踏まえて、必要な日常生活上の世話及び機能訓練行うことにより、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軽減ができるように努めます。又、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を努め、総合的なサービス提供を努めます。

(4) 事業所の名称　　デイサービスセンター　ゴジカラ村
(5) 施設の所在地　　愛知県長久手市根嶽1211番地
(6) 電話番号　　0561 - 64 - 5150
(7) 管理者　　古田　佳奈
(8) 開設年月日　　平成18年4月1日
(9) 利用定員　　30名(月曜から土曜)

3. 事業所の概要

(1) 建物の構造：　鉄筋コンクリート造
(2) 建物の延べ床面積：　110.9㎡
(3) 営業日及び問い合わせ時間：8：30～17：45（月曜日から土曜日まで）
(4) サービス提供時間帯：9:55～16:00
(5) 定休日：日曜日・元旦

4. 設備について

設備の種類	室数	備考
食堂・共同スペース	2	
機能訓練室	2	
浴室	2	大風呂1、個室風呂1、リフト浴1
脱衣室	1	
相談室	1	
静養室	1	
トイレ	5	ベッド1

※ 設備の利用にあたって、利用者に特別にご負担いただく費用は、ありません。

5. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して介護予防・総合事業サービス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。

〈主な職員の配置状況〉　令和5年11月1日現在

職　種	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 生活相談員	1名以上	1名以上
3. 看護師	1名以上	1名以上
4. 機能訓練指導員	2名以上	2名以上
5. 介護職員	4名以上	5名以上

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉　令和5年11月1日現在

職種	勤　務　体　制		
生活相談員	早番	8：30～17：30	1名
	日勤	8：45～17：45	
看護職員		10：00～14：30 8：45～16：00	1名
機能訓練指導員	早番	8：30～17：30	1名以上
	日勤	8：45～17：45	
		10：00～14：30	1名以上
		13：00～14：00	
介護職員	早番	8：30～17：30	5名以上
	日勤	8：45～17：45	

※勤務体制はあくまで目安となります。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスについて、以下があります。

①サービス利用料金が介護保険から給付される場合 ②サービス利用料金の全額を利用者に負担いただく場合

(1) 当事業所が提供する基準介護サービス(契約書第5条参照)

以下のサービスについては、食材費を除き通常9割～7割(負担割合に応じて)が介護保険から給付されます。

食事の提供 (食事時間) (食材費)	
	昼食：12：30～
	1回あたり780円(おやつ、飲み物代含む)
入浴	浴室タイプは一般浴となります。
機能訓練	機能訓練指導員等により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活の自立を目指し、必要な機能の向上またはその減退を予防するための訓練を実施します。
健康管理	健康観察を行います。
相談及び援助	利用者及びご家族からの種々の相談に応じ、必要によっては関係機関に連絡します。
その他	

実施地域 及び送迎範囲	通常事業の実施地域において、必要に応じ、利用者の住まいと当事業所間の送迎を行います。 尚、送迎時間は交通状況に応じて前後する場合があります。
	【長久手市】 全域対象範囲

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、利用者の要介護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）をお支払い下さい（サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります）。但し、実際にお支払いいただく金額は、加算等により増減することがあります。

介護予防・総合事業の1か月あたりの利用料金表(1割負担の場合)　　(1単位=10.27円)

要介護度	事業対象者	要支援1	要支援2(週1回)	要支援2(週2回)
サービス利用料金	18,500円	18,500円	18,500円	37,200円
うち、介護保険から給付される金額	16,650円	16,650円	16,650円	33,480円
サービス利用料金自己負担額	1,850円	1,850円	1,850円	3,720円
食費自己負担額	利用回数に準ずる(1回あたり700円)			
自己負担額合計	**1,850円**	**1,850円**	**1,850円**	**3,720円**

※上記料金表はあくまで概算の料金となります。各種加算は料金表に含まれておりません。

※　平成27年8月より一定以上所得者の方は2割負担となります。

平成30年8月より自己負担額が2割の方のうち、一定以上の所得者は自己負担が3割になります。

※各種加算（原則全員対象：サービス利用料金に加算されます。）

加算名	単位数	算定条件
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88単位/月	介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上、介護福祉士資格を有する一定の割合配置。
	176単位/月	
科学的介護推進体制加算	40単位/月	様々なケアにより記録している利用者の状態像に関する情報について、厚労省が指定するデータベースに情報提供をし、得られるフィードバックを基に、PDCAによりケアの質を高めていく取組を行った場合。
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位/月	利用者の口腔機能が低下しない様、専門職が取り組み評価する事で算定。
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の合計単位数に12%を乗じた単位数	

※利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護又は要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、介護予防サービス計画書等が作成されていない場合も、償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※利用者に提供する食事の材料に係る費用は、別途いただきます。
※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

(2) 利用料金の全額を利用者に負担いただくサービス（契約書第1章、第2章参照）

以下のサービスは、サービス利用料金の全額が利用者の負担となります。

（ア）通常の事業実施区域外への送迎

お住まいと当事業所との間の送迎を希望される場合は、送迎費用として、1回につき、下記料金を頂きます。

事業実施地域を越えた時点から	片道1ｋｍ毎に100円

※ 送迎範囲は、事業所より概ね10ｋｍ以内とさせていただきます。また、事業所の稼働状況により、送迎を実施することができない場合がありますので、予めご了承下さい。

（イ）サービスの概要

食材料費	1回あたり780円（おやつ、飲み物代を含む）になります。
おむつ代 （紙パンツ）	1枚あたり140円の実費となります。 使用枚数に対してご請求します。
介護用パッド	1枚あたり30円の実費となります。
レクリエーション クラブ活動	利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加することができます。但し、材料費等は実費となります。
延長利用	16時00分以降、30分につき800円となります。 但し、最大延長利用は17時00分までとなります。
複写物の交付	サービス提供についての記録は閲覧できます。 複写物を必要とする場合には1枚につき10円の利用者負担になります。
日常生活上必要となる 諸費用	日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるもの。
個別に必要な物品の料金	利用者やご家族が望んだ物品や、施設職員が利用者にとって日常生活上必要な物品と判断し、利用者やご家族が認めたもの。※物品内容に応じて要相談になります。

※ 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、以上の利用料金を相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

介護サービス料金含む当事業にかかった費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、請求書発行日の月末までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

①窓口での現金支払
②下記指定口座への振り込み
　　名古屋銀行　長久手支店　普通預金　口座番号3104448
　　名義「社会福祉法人　愛知たいようの杜　理事長 大須賀(おおすか) 豊博(とよひろ)」
③口座振替（引落し日：毎月26日）

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

（ア）利用予定日の前に、利用者及びその関係者の都合により、介護予防・総合事業サービスの利用を中止又は変更、若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。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

（イ）利用中止による取消料は、月単位の定額のため、不要とします。但し、当日による利用中止の申し出の場合は、食材費用のみご請求となります。

（ウ）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利用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利用者及びその関係者に提示して協議します。

（エ）利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスにかかる利用料金は、お支払いいただきます。

（オ）利用期間中に継続的な医療が必要となった場合、途中で利用を中止させて頂くことがあります。

(5) 事故発生時の対応について

当事業所を利用中、万一事故等が発生した場合には、応急処置を行うとともに、家族含む関係者及び主治医等へ連絡するとともに、利用者の状況に応じて、救急搬送等の必要な処置を行います。

8. 利用者の義務

当事業所での生活を安心安全に送っていくため、守っていただく事項があります。

(1) 利用者のサービス利用上の注意義務等（契約書第13条参照）

①施設及び備品の使用方法は正しく行っていただきます。
②安全を確保するため、事業者及び従事者は利用者の居室内の立ち入りをいたします。
③施設及び備品を故意的に又は重大な過失により、滅失、損失、汚損もしくは変更した場合、自己の費用により原状復帰するか、又は、相当な代価を支払うものとします。

(2) 利用者の禁止行為（契約書第14条参照）

①決められた場所以外での喫煙行為。
②ハラスメント、その他迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行う行為。
③喧嘩、口論、泥酔、騒音及び暴力等により迷惑を及ぼす行為。
④当施設の建造物若しくは備品に損害を与える行為。
⑤施設内の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害する行為。

(3) 利用者へのご理解をいただく事由について（契約書第5章参照）

当事業所が本重要事項説明書、契約書に基づいた違反行為を行った場合には、利用者に対しての損害賠償責任があります。以下の事由について、利用者又はその関係者には、損害賠償がなされない事由及び当施設での生活上で避けることができない事由に対する理解をいただくことになります。

①契約締結時に、利用者の心身の状況及び病歴を故意につけずに、事故が起こった場合。
②利用者の急激な体調の変化による避けることのできない疾病、怪我（脳出血等、感染症罹患、転倒による骨折等）を負い、又、当施設に自己の責に帰すべき事由ではない場合。
③(1)、(2)の違反行為により、事故が発生した場合。
④サービス事業者の指示・依頼に反して行った行為。

(4) サービス利用にあたっての留意事項

当事業所を利用するにあたって留意していただく事項になります。以下の事由が原因での事故、トラブルが起こった場合には、当事業所は責任を負いかねますので、ご理解をいただくことになります。

①利用者又はその同居家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
②利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際は、必ず従業員に声をかけてください。
③施設内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
④当事業所への金銭の持込は自己管理となります。当事業所での管理は行えません。
⑤従業員に対する贈り物は、お受けできませんので、ご遠慮下さい。

9. 契約の終了について（契約書第18条参照）

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、仮にこのような事由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、利用終了していただくことになります。

①利用者が死亡した場合。
②要介護認定により、利用者の心身の状況が自立及び要介護と判定された場合。
③事業所が解散命令を受けた場合、破産又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
④事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合。
⑤利用者から中途解約、契約解除の申し出があった場合。
⑥事業所から契約解除の申し出があった場合。
⑦契約の満了日を迎え、契約終了の申し出がなされた場合。

(1) 利用者からの中途解約・契約解除の申し出（契約書第19条、20条参照）

契約の有効期間中でも、利用者から当事業所からの解約・解除を申し出ることができます。その場合には、利用中止する日の7日前までに、解約・解除を申し出下さい。 但し、以下の場合には、即時に契約を解除し、当事業所のサービスを中止することができます。

①事業者もしくはサービス従事者が正当な理由無く本契約書に定める介護予防･総合事業サービスを実施しない場合。
②事業者もしくはサービス従事者が第11条に定める守秘義務に違反した場合。
③事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・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。
④他の利用者が利用者の身体･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。
⑤反社会的勢力の排除条項に該当した場合。

(2) 事業所から契約解除の申し出（契約書第21条参照）

以下の事由に該当する場合には、当事業所のサービスを中止していただくことがあります。

①利用者又はその関係者が、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利用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利用者及びその関係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、また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。
（ア）利用者及びその関係者が事業者の職員に対して行う、ハラスメント行為による著しい迷惑行為があり、健全な信頼関係を築くことができない場合。
④施設内禁止行為に該当した場合。
⑤利用者が施設入所した場合。
⑥反社会的勢力の排除条項に該当した場合。

(3) 契約の終了に伴う相談援助（契約書第22条参照）

本契約が終了する場合には、利用者に対して、心身の状況や置かれている環境等を照らし合わせ、以下の相談援助を利用者に対して行います。但し、情報提供等を含むため、本契約の終了後の医療・福祉サービス等が確約されるものではありません。

①適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
②地域包括支援センター等に対する情報の提供
③その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

10. 身元引受人（契約書第24条参照）

契約締結にあたり、身元引受人を立てることをお願いすることがあります。
但し、身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、この限りではありません。尚、身元引受人は、本重要事項説明書及び契約書における「代理人」とし、「代理人」とは、ご家族又はその関係者等とします。身元引受人の役割は、次の通りとします。

①契約に基づく利用者に対する債務につき、利用者と連帯して履行の責任を負います。
②身元引受人の負担は、極度五十万円を限度額とし、負担する債務の元本は、サービス利用終了時または契約の終了時に確定するものとします。
③利用者は、身元引受人が契約中に死亡もしくは辞退した場合には、新たに身元引受人を立てるよう努めると共に、当施設に対する債務につき、新身元引受人は利用者と連帯してその履行の責任を負うものとします。
④利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きを円滑に進行するものとします。
⑤契約解除又は、契約終了の場合、当施設と連携して利用者の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めてもらいます。
⑥介護予防・総合事業サービス提供における各種同意書の署名・提出及び介護サービス提供上の相談・連絡の窓口として、当施設に協力してもらいます。

11. 反社会的勢力の排除（契約書第25条参照）

利用者及びその関係者、事業者ともに、暴力団、暴力団員、暴力団準構成員、暴力団関係企業、総会屋、社会運動等標榜ゴロまたは特殊知能暴力集団等、その他これに準ずる者（以下、「反社会的勢力」という）のいずれでもなく、又反社会的勢力が経営に実質的に関与している法人等に属する者ではないことを表明し、かつ将来にわたっても該当しないことを確約するものとします。以下、相手方またはその関係者が該当する場合には契約を解除するものとし、損害が生じても賠償を要しないものとします。

①反社会的勢力に該当・利用及び関与している場合
②反社会的勢力に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなどの関与をしている場合
③暴力的な要求行為、法的な責任を超えた不当な要求行為、脅迫的な言動、暴力及び風説の流布・偽計・威力を用いた信用破棄・業務妨害その他に準ずる行為に及んだ場合

12. 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止についての責任者	古田　佳奈

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果についてサービス従業者に周知徹底を図っています。
(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
(4) サービス従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、事業者及びサービス従業者又は利用者に係る関係者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

13. 身体拘束について

事業者及びサービス従事者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性‥‥‥直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

(2) 非代替性‥‥身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

(3) 一時性‥‥‥利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

14. 苦情の受付について（契約書第26条参照）

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。

(1) 当事業所における苦情の受付

事業所相談窓口	担 当 者：　生活相談員　小倉　葉月 所　長　古田　佳奈 （不在時の場合、担当者から後日連絡となります。） 受付時間：　毎日8：45 ～ 17：45 電　　話：　0561 - 64 - 5150 ＦＡＸ　：　0561 - 64 - 5163

苦情解決責任者：法人本部　　福田　由貴子

(2) 行政機関その他苦情受付機関

あいち福祉オンブズマン		ＦＡＸ番号　052－228－1738（曜日・時間は問いません） 書式の指定はありません。 具体的な相談をご希望の場合は、その旨と相談者の連絡先(電話番号)を必ずご記載ください。
愛知県国民健康保険団体連合会　介護福祉室		名古屋市東区泉1丁目6番5号（国保会館） 電話番号　052－971－4165 受付時間　9：00～17：00
	長久手市役所　福祉部長 寿課　介護保険係	長久手市岩作城ノ内60－1 電話番号　0561－56－0613 受付時間　8：30～17：15
	名東区役所 福祉課	名古屋市名東区上社2丁目50 電話番号　052－778－3009

(3) 第三者評価の実施状況について

実施の有無：無し

デイサービスセンター ゴジカラ村 重要事項説明書説明確認書

令和　　年　　月　　日

介護予防・日常生活支援総合事業サービス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ました。

説明者　　デイサービスセンター　ゴジカラ村

職　名

氏　名

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、介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供開始に同意しました。

利用者　　住　所

氏　名

私は、利用者本人に代わり、貴施設から重要事項の説明を受け、上記署名を行いました。
私は、利用者本人の意思を確認し、署名を行いました。

身元引受人　住　所

氏　名　　（続柄　　）