

デイサービスオレンジ池田重要事項説明書（地域密着型通所介護サービス）

あなたに対する地域密着型通所介護サービス提供にあたり、池田市条例の規定に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

１．事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 恵愛会
主たる事務所の所在地	大阪府池田市井口堂二丁目４番６号
法人種別	社会福祉法人
代表者名	下里 英規
設立年月日	平成２５年１２月３日
電話番号	０７２－７６０－０００３
ファクシミリ番号	０７２－７６０－０３０３
ホームページアドレス	http://keiaikai-swc.com/

２．ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービスオレンジ池田
事業所の種類・指定番号	大阪府知事指定第2772502031号
所在地	大阪府池田市井口堂二丁目４番６号
電話番号	０７２－７６０－０００３
ファクシミリ番号	０７２－７６０－０３０３
開設年月日	平成２７年４月１日
管理者の氏名	平野 泰典
サービス提供地域	池田市全域
実施しているその他の事業	特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、有料老人ホーム

３．ご利用事業所の設備概要

建物の構造	鉄骨鉄筋コンクリート
延べ床面積	4,230.93 ㎡
利用定員	18名

４．事業の目的と運営方針

運営の方針	① 利用者様の本当の願いの実現を全力で目指します ② 利用者様の期待値を超越する最高のおもてなしを提供します ③ 利用者様の向上心と生きがいを大切にします
-------	---

5. ご利用事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画書を作成するとともに利用者への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者への通所介護計画を交付します。 5 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。 	常勤 1 名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 	常勤 1 名 非常勤 1 名
看護師・ 準看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います 	非常勤 1 名
介護職員	<ol style="list-style-type: none"> 1 通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 	常勤 3 名 非常勤 1 名
機能訓練 指導員	<ol style="list-style-type: none"> 1 通所介護計画に基づき、その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、機能訓練を行います。 	常勤 1 名

6. 営業時間

営業日	月曜日から土曜日（12月30日～1月3日を除く）
営業時間	9時～17時

7. 提供するサービス内容

サービス区分と種類		サービスの内容
通所介護計画の作成		<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2 通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します。 4 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者居宅への送迎		<p>事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。</p> <p>ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。</p>
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
	個別機能訓練Ⅰ	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士

特別なサービス（利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提出します。）		などを1名上配置している。 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種のもものが共同して、利用者毎に個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、個別機能を行っている。個別機能訓練計画作成にあたっては、利用者の自立の支援と日常生活に充実に資することを目的として複数の機能訓練項目が設定され、その実施にあたっては、グループに分けて活動を行っている。
	個別機能訓練Ⅱ	Iを満たし、かつ利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施にあたり当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用する。
	栄養改善 注) 1	低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から3ヶ月以内まで）
	口腔機能向上 注) 2	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用者開始から3ヶ月以内まで）

注) 1 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより栄養改善の効果が期待できると認められる場合、引き続きサービスを受けることができます。

注) 2 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより口腔機能向上の効果が期待できると認められる場合、引き続きサービスを受けることができます。

8. 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動等の迷惑行為

9. 利用料・利用者負担額（介護保険を適用する場合の1日当りの金額）について

サービス 提供時間数 (4級地： 10.54)	3時間以上 4時間未満		4時間以上 5時間未満		5時間以上 6時間未満	
	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額
要介護1	4,385円	438円	4,595円	460円	6,925円	692円
要介護2	5,038円	504円	5,281円	528円	8,179円	818円
要介護3	5,692円	569円	5,966円	597円	9,444円	944円
要介護4	6,324円	632円	6,630円	663円	10,677円	1,068円
要介護5	6,988円	699円	7,325円	733円	11,952円	1,195円

サービス 提供時間数 (4級地： 10.54)	6時間以上 7時間未満		7時間以上 8時間未満		8時間以上 9時間未満	
	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額
要介護1	7,146円	715円	7,937円	794円	8,253円	825円
要介護2	8,443円	844円	9,381円	938円	9,750円	975円
要介護3	9,750円	975円	10,877円	1,088円	11,299円	1,130円
要介護4	11,056円	1,106円	12,353円	1,235円	12,859円	1,286円
要介護5	12,353円	1,235円	13,828円	1,383円	14,387円	1,439円

	加 算	利用料	利用者 負担額	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	(地域密着型) 個別機能訓練加算 (Ⅰ)	590円	59円	個別機能訓練を実施した日数
	(地域密着型) 個別機能訓練加算 (Ⅱ)	210円	21円	1月につき
	(地域密着型) 入浴介助加算 (Ⅰ)	421円	43円	入浴介助を実施した日数
	(地域密着型) 認知症加算	632円	64円	厚生労働大臣が定める利用者に指定通所介護を実施した日数
	(地域密着型) 中重度者ケア体制加算	474円	48円	厚生労働大臣が定める利用者に指定通所介護を実施した日数

			数
(地域密着型) サービス提供体制強化 加算(Ⅰイ)	231 円	24 円	サービス提供日数
(地域密着型) 栄養改善加算	1,581 円	159 円	低栄養状態の改善等を目的と した栄養相談を実施した回数 (1 月に 2 回まで)
(地域密着型) 栄養アセスメント加算	527 円	53 円	1 月につき
(地域密着型) 科学的介護推進体制加 算	421 円	43 円	1 月につき
(地域密着型) 介護職員等処遇改善加 算(Ⅰ)			所定単位数の 9.2%を乗じた 加算

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数(計画時間数)によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行います。
- ※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる(1～2 時間程度の利用)場合は、当日の利用キャンセル扱いとし、利用料はいただきません。
- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。
- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、領収書を添えてお住いの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。
- ※ サービス利用に関わる利用者負担額については、本人の合計所得金額により利用者負担割合が変わります。負担割合を 1 割とした計算の基での算定金額となっており、「介護保険負担割合証」の負担割合に応じて 1 割・2 割・3 割と乗じる計算の基、小数点以下の誤差などがある上での概算の金額となり、正確な請求金額については請求書をもって提示、説明する形となります。

10. その他の費用について

- (1) 送迎費 . . . 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規定の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。
- (2) 食事の提供費 . . . 650円
- (3) おやつ代 . . . 100円
- (4) 嗜好飲料 . . . 150円
- (5) おむつ代 . . . パット50円、リハビリパンツ100円、おむつ100円(1枚当たり)
- (6) 教養娯楽費 . . . 実費(レクリエーション等の材料費)
- (7) タオルリース . . . 200円(1日当たり)

※すべて税抜き表示となっております。

11. 利用料、利用者負担額、その他の費用の請求及び支払い方法について

(1) 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等

- ア 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとの合計金額により請求いたします。
- イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月の10日までに順次、配布・郵送致します。

(2) 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等

- ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合の上、利用月の翌月の27日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。
 - ① 事業者指定口座への振込
 - ② 利用者指定口座からの自動振替
 - ③ 現金支払い
- イ お支払の確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願い致します。(医療費控除の還付請求の際に必要な事があります。)

※利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの催促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

1 2. サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意志を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- (4) サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」は利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

1 3. 身体拘束について

事業者は、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、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲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に取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性・・・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。

1 4. 秘密の保持と個人情報の保護について

1. 利用者及びその家族に関する秘密保持について	<ul style="list-style-type: none">① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。② 事業者及びその従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。④ 事業者は、従業員に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。
2. 個人情報の保護について	<ul style="list-style-type: none">① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

1 5. 緊急時の対応方法について

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

16. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護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。

また、利用者に対する指定通所介護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。

なお、事業者は損害賠償保険に加入しています。

17. 心身の状況の把握

指定通所介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保険医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

18. 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定地域密着型通所介護の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合、またはサービス提供が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

19. サービス提供の記録

- ① 指定地域密着型通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は完結の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

20. 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取組みを行います。
災害に関する担当者（防火管理者）・平野 泰典
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施時期：年2回

2 1. 衛生管理等

- ① 指定地域密着型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 指定地域密着型通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

2 2. サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ア 提供した指定通所介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

苦情受付担当者 担当 平野 泰典

2 3. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止などのために、次に掲げる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 施設長 平野 泰典
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 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。

【事業者の窓口】 デイサービス オレンジ池田	所在地	大阪府池田市井口堂二丁目4番6号
	電話番号	072-760-0003
	受付時間	9:00～17:00
池田市役所福祉部 地域支援課	所在地	池田市城南1丁目1番1号 池田市役所2階
	電話番号	072-754-6288
	受付時間	9:00～17:30（月～金）
国民健康保険団体 連合会（大阪府）	所在地	中央区常盤町1-3-8 中央大通りFNビル
	電話番号	06-6949-5418
	FAX	06-6949-5417
	受付時間	9:00～17:30（月～金）

大阪府社会福祉協議会運営適正化委員会	所在地 中央区谷町7-4-15 大阪府社会福社会館 2 階 電話番号 06-6191-3130 FAX 06-6191-5660 受付時間 9：00～16：00（月～金）
第三者委員について	当施設の第三者委員は次のとおりです。 兼田 尚樹（社会福祉法人恵愛会 評議員） 黒田 拓四郎（社会福祉法人恵愛会 監事）

令和 年 月 日

地域密着型通所介護サービス提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスオレンジ池田

説明者職名

氏名

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、その内容を理解しました。

利用者

住所	〒		
氏名	印		

連帯保証人

住所	〒		
氏名	フリガナ _____ 印 立会人 (続柄)		
連絡先	電話番号	FAX 番号	携帯電話

重要事項の説明に立ち会われた方は、氏名記入欄の『立会人』に○を記して下さい。

【請求書兼明細書 及び 領収書の送付先】

住所	〒		
氏名	フリガナ <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 400px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: right;">(続柄) 印</div>		
連絡先	電話番号	FAX 番号	携帯電話