

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

ご利用者氏名 _____ 様

郵便番号 679-0107

住 所 加西市玉野町1131番地の62

施設の名称 特定非営利活動法人 くつろぎ

理事長氏名 村上 史明
電 話 0790-47-0883
FAX 0790-20-7132

重 要 事 項 説 明 書

当事業所はご契約者様に対して介護サービスを提供致します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明いたします。

1. 事業者の概要

事業者（法人）の名称 特定非営利活動法人 くつろぎ
事業所の所在地 〒 679-0107
加西市玉野町 1131 番地の 62
代表者（職名・氏名） 理事長 村上史明
設立年月日 平成 19 年 11 月 20 日
電話番号 0790-47-0883

2. ご利用事業所の概要

事業所の名称 特定非営利活動法人 くつろぎ
サービスの種類 介護予防・日常生活支援総合事業
事業所の所在地 〒 679-0107
加西市玉野町 1131 番地の 62
電話番号 0790-47-0883
指定年月日・事業所番号 平成 30 年 4 月 1 日指定 2872600578
管理者の氏名 村上 史明
運営事業の実施地域 加西市
利用者定員 14 名（要介護者含め一日当たり）

3. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

要支援状態等である利用者様が、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・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ます。

(2) 運営の方針

*ご利用者様の人権を尊重し、その人らしさを大切にしながらサービスを行います。

*明るく、家庭的な雰囲気を感じ、ご利用者様がくつろぎ、楽しむ場を提供できるようにします。

*地域や家庭との結びつきを大切にしながら支援を行います。

*ご利用者様が生き生きと生活でき、自立への意欲が持てるように支援します。

*職員は常に質の高いサービスの提供ができるよう自己研鑽し、チームワークを大切にした魅力ある職場づくりを目指します。

4. 提供するサービスの内容

介護予防・日常生活支援総合事業は、当事業所において、機能訓練、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認、その他日常生活上の世話又は送迎を行います。ご利用者様の希望により送迎を行わないことがあります。

5. 営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日まで（祝日・振替休日も営業）
休業日	日曜日 年末年始 12月31日～1月3日
営業時間	午前8時15分～午後5時15分
サービス提供時間	午前9：00分～午後4時15分

6. 職員体制

職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1名（兼任1名）
生活相談員	常勤 2名（兼任1名）
看護師	非常勤 3名（兼任3名）
機能訓練指導員	非常勤 3名（兼任3名）
介護職員	常勤 3名（兼任1名） 非常勤 3名
調理員	非常勤 2名

職員の職種の役割

生活相談員：ご利用者様の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。必要に応じて、ご自宅への訪問なども行います。

地域での暮らしを支えるために、他の機関と連携を行い、
必要な役割を果たします。

看護職員： ご利用者様の健康状態のチェックと健康相談に応じます。

また、必要時医療機関との連携を行い、健康な生活を
過ごせるように役割を果たします。

機能訓練指導員：ご利用者様の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の
維持又はその減退を防止するための訓練を行います。

介護職員： ご利用者様の日常生活上の介護並びに健康保持のための
相談・助言等を行います。

7. サービス利用料金

サービスを利用した場合の利用料は以下のとおりです。

ご利用者様からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として
負担者割合証に応じた基本利用料の1割～3割の額です。ただし、
介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた
額のご負担を頂きます。

(1) 日常生活支援総合事業の利用料

要支援1：週1回 要支援2：週1回/週2回

要介護度	1カ月の料金	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	18,100円	1,810円	3,620円	5,430円

※上記は週1回利用した場合の金額になります。

※上記の利用料は、加西市が告示で定める金額であり、これ

が改訂された場合は、これらの利用料も自動的に改定されます。

尚、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

(2) その他の費用

食材費

ご利用者様に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：1回あたり 600円 (おやつ代含む)

入浴費

ご利用者様に入浴していただくサービス費用です。

料金：1回あたり 500円

レクリエーション、外食等

ご利用者様の希望によりモーニングや外食・買い物等に参加して頂いた時の費用です。

料金：実費 モーニング代・外食代（食費代以上の金額）

手芸では材料費等・買い物代

紙パンツ・パット代

料金：実費

* 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、
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、変更する1カ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

利用料金・食費は、毎月末日で締め1カ月ごとに計算し、翌月初め（10日まで）に請求書を発行させていただきます。

お支払いは当事業所の事務所又は金融機関の引き落としで毎月末日までにお支払い下さい。その他の費用(外食代・手芸代等)はその都度集金させていただきます。

8. 利用の中止、変更、追加

・利用中止を希望される場合は、利用予定日の当日 8 時 15 分までにご連絡下さい。中止の申し出がなかった場合は、取り消し料として食材費実費（500 円）を申し受ける事がありま

すのでご了承下さい。但しご利用者様の体調の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合は、取り消し料は不要です。

- ・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他の利用可能日時をご利用者様に提示して協議致します。

9. 秘密の保持

介護保険法の規定に基づき正当な理由なく、知り得た個人情報を決して第三者に洩らしません。契約終了後も同様です。

サービス担当者会議などご利用者様やそのご家族様の個人情報を用いる際には、ご利用者様もしくはご家族様の同意が必要となりますので、予めご了承ください。また、別紙にて「個人情報の使用に係る同意書」への署名・捺印をお願い致します。

10. 記録の保管

サービス提供の記録は、5年間を限度として保管します。

記録の閲覧は、ご本人及びご家族に限り可能です。

記録の閲覧は実費（コピー代等）をいただきます。

11. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者様

の家族、担当の居宅介護支援事業所等及び加西市等へ連絡を行うと

ともに必要な措置を講じます。

(2) サービスの提供による事故により損害賠償が生じた場合は、誠実に

対応いたします。

当事業所は損害賠償保険に加入等の必要措置を行っています。

加入保険名 三井住友海上火災保険

当事業所の連絡担当者 村上史明

連絡先 0790-47-0883

12. 苦情の受付に対して

日常生活総合事業における苦情やご相談は以下の窓口までお申

出下さい。

事業所名	特定非営利活動法人 くつろぎ
担当者	村上 史明
電話番号	0790-47-0883
受付時間	月曜日～土曜日 午前9時00分～午後5時15分

政機関

その他

の苦情受付機関

加西市長寿介護課	電話番号 0790-42-8788
兵庫県国民健康保険団体連合会	電話番号 078-332-5682

13.緊急時の対応

サービス利用時の事故発生や体調変化等の緊急時にはご家族様に連絡を取り速やかに対応します。そのため下記緊急連絡先を必ずお書き下さい。

緊急連絡先

	1 番目連絡先	2 番目連絡先
氏名 (続柄)	()	()
自宅電話番号		
携帯電話番号		
勤務先電話番号		
自宅住所		
主治医	病院・医院名	
	医師名	
	住所	
	電話番号	

14. 非常災害対策

当事業所は、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、災害対応マニュアルを策定し、災害時訓練を実施しています。

15. 高齢者の虐待防止に対して

利用者などの人権擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修などを通じて、すべての職員の人権意識の向上や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画など、適切な支援の実施に努めます。
- (3) 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者などの権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

16. サービスに当たっての留意事項

- ・サービス利用中の体調不良等の病院受診は家族の方でお願い致します。
- ・事業所内の設備・器具を故意に破壊した場合は弁償をお願いすることがあります。
- ・貴重品等は自己の責任で管理をお願い致します。

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、同意しました。

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

立会人

住所 _____

氏名 _____ 印