

デイサービスセンター
『輝豊苑』

重要事項説明書

要介護者用

当事業所は介護保険の指定を受けています

(豊中市指定 第 2774005835)

1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 ウエル清光会
- (2) 法人所在地 大阪府豊中市箕輪2丁目13番12号
- (3) 電話番号 06-6840-7077
- (4) 代表者名 理事長 小池 由久
- (5) 設立年月日 平成17年12月21日

2 事業所の概要

- (1) サービスの名称 デイサービス輝豊苑
- (2) 施設の所在地 大阪府豊中市上野東2丁目4番47号
- (3) 電話番号 06-6855-0110
- (4) FAX番号 06-6855-0220
- (5) 管理者 松田 啓恵

(6)

利用定員	44名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	1室
浴室	1室	事務室	1室

3 事業所実施地域 及び営業時間

- (1) 通常の実施地域
豊中市全域
- (2) 営業時間及び営業日
営業時間 8:30～18:30
サービス提供時間 9:30～17:30
営業日 月曜日～土曜日 (12月31日～1月3日を除く)

4 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉*職員の配置状況については、指定基準を遵守しています。

令和6年6月1日現在

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名（生活相談員と兼務1名）		総合管理	1名
生活相談員	介護福祉士	2名（管理者と兼務1名、介護職と兼務1名）		通所介護計画の作成 相談業務 事務処理等	2名
機能訓練指導員	理学療法士	2名	1名	機能訓練・生活リハ	3名
看護職員	看護師	0名	2名	看護関係全般	2名
介護職員	介護福祉士等	4名（生活相談員と兼務1名）	8名	日常介護等	12名
事務員		0名		事務処理	0名
運転手			2名	送迎などの運転	2名

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1 管理者	勤務時間 日勤 8：30～17：30 遅出 9：30～18：30
2 介護職員	勤務時間 日勤 8：30～17：30 遅出 9：30～18：30
3 事務員	勤務時間 9：00～18：00
4 機能訓練指導員	勤務時間 8：30～17：30 9：30～18：30
5 看護師	勤務時間 8：30～17：30

5 サービスの内容

(ア)食事の介助（但し、食事の提供にかかる費用は別途お支払頂きます。）

食事の準備、介助を行います。

(イ)入浴介助（加算対象）

ご利用者の希望により、入浴又は清拭を行います。

(ウ)排泄

ご利用者の排泄の介助を行います。

(エ)機能訓練

体操やレクリエーション・創作活動等

(オ)通所介護計画の作成

担当ケアマネジャーと連携し、また他の従業者と協力して通所介護計画の作成し、利用者や家族に説明し同意を得て交付します。

(カ)送迎サービス

ご利用者のご希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。（費用は基本料金に含まれています。）

【加算対象サービス】

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には追加料金を頂きます。

要介護の方の場合

- ① 入浴介助
- ② 個別機能訓練加算Ⅰロ
- ③ 個別機能訓練加算Ⅱ
- ④ ADL維持等加算Ⅱ
- ⑤ 科学的介護推進体制加算
- ⑥ サービス提供体制強化加算Ⅱ
- ⑦ 通所介護処遇改善加算Ⅰ

6 サービス利用料金

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担）をお支払頂きます。

（１）介護保険の給付対象となるサービス

上段 7 時間以上 8 時間未満 利用の場合

中段 6 時間以上 7 時間未満 利用の場合

下段 5 時間以上 6 時間未満 利用の場合

（円）

	負担割合	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービスの利用料金	1.2.3 割 負担 共通	6629	7841	9074	10329	11562
		5944	7030	8115	9180	10265
		5733	6777	7831	8853	9907
サービス利用に係る 自己負担額	1 割 負担	663	785	908	1033	1157
		595	703	812	918	1027
		574	678	784	886	991
	2 割 負担	1326	1569	1815	2066	2313
		1189	1406	1623	1836	2053
		1147	1356	1567	1771	1982
	3 割 負担	1989	2353	2723	3099	3469
		1784	2109	2435	2754	3080
		1720	2034	2350	2656	2973

以下のサービスを利用される場合には、それぞれの料金が加算されます。

	一割負担の場合	二割負担の 場合	三割負担の場 合
加算対象サービスと サービス利用料金	入浴加算（一日） ￥421 個別機能訓練加算Ⅰロ（一日） ￥895 個別機能訓練加算Ⅱ（一月） ￥210 ADL維持等加算Ⅱ（一月） ￥632 科学的介護推進体制加算（一月） ￥421		
サービス利用に係る 自己負担額	入浴加算（一日） ￥43 個別機能訓練加算Ⅰロ（一日） ￥81 個別機能訓練加算Ⅱ（一月） ￥21 ADL維持等加算Ⅱ（一月） ￥64 科学的介護推進体制加算（一月） ￥43	￥85 ￥161 ￥42 ￥127 ￥85	￥127 ￥241 ￥63 ￥190 ￥127

※ご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頂きます。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、居宅サービス計画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、ご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。

※ご利用者に提供する食事にかかる費用は別途頂きます。

※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、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

1 食事の提供にかかる費用

ご利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり 650円（おやつ含）

2 イベント時、レクリエーションにかかる費用

イベント時、原材料費としてかかる費用です。レクリエーションに要する費用については予め、利用者又はその家族に対し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を頂きます。

3 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費を頂きます。

1枚につき 10円

4 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

リハビリパンツ	M	43円	リハビリパンツ	L	48円
パッド代		12円			

※介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービスの利用。

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス料金の全額がご利用者の負担となります。

☆経済状況の著しい変化その他やむをえ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、変更を行う2か月前までにご説明いたします。

7 利用料金のお支払方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 22 日までにお振込みください。

振込口座 銀行：三菱UFJ銀行 梅田支店（店番 044）
 口座番号：0207506
 社会福祉法人 ウエル清光会 理事長 小池由久
口座振替 金融機関
 請求月の 27 日に引き落としをいたします。

費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明した上でとし、利用料とその他の費用(個別の費用ごとに区分)について記載した 領収書を交付する。

8 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又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者申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金（食事に関する費用も含む）をお支払頂くことがあります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日午後 5 時までに連絡があった場合	無料
利用予定日の当日午前 9 時半までに連絡があった場合	無料
利用予定日の当日午前 10 時までに連絡がなかった場合	1 日の利用料の 100 %

ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

○サービスの変更・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、他の利用可能日をご利用者に提示して協議します。

9 サービスの提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用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. ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
2. ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員との連携の上、ご利用者から聴取、確認します。
3. ご利用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、ご利用者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
4. ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
5. 事業者及び従業者は、サービスを提供するにあたって知りえたご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩致しません。(守秘義務)
 - 但し、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関などご利用者の心身等の情報を提供します。
 - 従業者は退職した場合も守秘義務を順守いたします。
 - サービス担当者会議など、ご利用者に係る他の介護支援事業者などとの連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、ご利用者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

10 サービスの利用に関する留意事項

施設・設備の使用上の注意

- ◇ 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ◇ 故意に、又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、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状回復していただくか、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、営利活動を行うことはできません。
- ◇ サービスの提供を受ける際には、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を通所介護従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスをご利用ください。

11 緊急時の対応について

1. サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じ、主治医やケアマネジャーに報告します。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を行います。
2. 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

12 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用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。

但し、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

13 サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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、仮にこのような事項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ます。

(ア)利用者が死亡した場合

(イ)要介護認定によりご利用者の心身の状況が要支援・自立と判定された場合

(ウ)事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

(エ)施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合

(オ)当事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合

(カ)当事業所が人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供ができなくなった場合

(キ)ご利用者から解約または契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）

(ク)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ください。）

(1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約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日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- (ア)介護保険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
- (イ)ご利用者が入院された場合
- (ウ)ご利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- (エ)ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- (オ)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通所介護サービスを実施しない場合
- (カ)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
- (キ)事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・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
- (ク)他の利用者がご利用者の身体・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取らない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- (ア)ご利用者が、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
- (イ)ご利用者による、サービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、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
- (ウ)ご利用者が、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の生命・身体・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

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

14 事業所における苦情の受付

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）

担当 松田 啓恵

電話 06-6855-0110

（月～金曜日の9:00～17:00）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

豊中市役所 長寿安心課	所在地：豊中市中桜塚3-1-1 電話番号：06-6858-2838 FAX：06-6858-3146 受付時間：8:45～17:15（月曜日～金曜日）
『話して安心、 困りごと相談』	所在地：豊中市中桜塚3-1-1 電話番号：06-6858-2815 FAX：06-6854-4344 受付時間：9:00～17:15（月曜日～金曜日）
大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪府中央区常盤町1-3-8 電話番号：06-6949-5418 受付時間：9:00～17:00（月曜日～金曜日）

15 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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 啓恵

(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。

(5) 介護相談員を受入れます。

(6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。

16 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) 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します。
- (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します。
- (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

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき
重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 ウエル清光会
豊中市箕輪2丁目13番12号
理事長 小池 由久

事業所 デイサービス 輝豊苑
所在地 豊中市上野東2丁目4番47号

説明者 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ました

利用者	住所
利用者1	住所1
利用者2	住所2
利用者3	住所3
利用者4	住所4
利用者5	住所5
利用者6	住所6
利用者7	住所7
利用者8	住所8
利用者9	住所9
利用者10	住所10
利用者11	住所11
利用者12	住所12
利用者13	住所13
利用者14	住所14
利用者15	住所15
利用者16	住所16
利用者17	住所17
利用者18	住所18
利用者19	住所19
利用者20	住所20
利用者21	住所21
利用者22	住所22
利用者23	住所23
利用者24	住所24
利用者25	住所25
利用者26	住所26
利用者27	住所27
利用者28	住所28
利用者29	住所29
利用者30	住所30
利用者31	住所31
利用者32	住所32
利用者33	住所33
利用者34	住所34
利用者35	住所35
利用者36	住所36
利用者37	住所37
利用者38	住所38
利用者39	住所39
利用者40	住所40
利用者41	住所41
利用者42	住所42
利用者43	住所43
利用者44	住所44
利用者45	住所45
利用者46	住所46
利用者47	住所47
利用者48	住所48
利用者49	住所49
利用者50	住所50
利用者51	住所51
利用者52	住所52
利用者53	住所53
利用者54	住所54
利用者55	住所55
利用者56	住所56
利用者57	住所57
利用者58	住所58
利用者59	住所59
利用者60	住所60
利用者61	住所61
利用者62	住所62
利用者63	住所63
利用者64	住所64
利用者65	住所65
利用者66	住所66
利用者67	住所67
利用者68	住所68
利用者69	住所69
利用者70	住所70
利用者71	住所71
利用者72	住所72
利用者73	住所73
利用者74	住所74
利用者75	住所75
利用者76	住所76
利用者77	住所77
利用者78	住所78
利用者79	住所79
利用者80	住所80
利用者81	住所81
利用者82	住所82
利用者83	住所83
利用者84	住所84
利用者85	住所85
利用者86	住所86
利用者87	住所87
利用者88	住所88
利用者89	住所89
利用者90	住所90
利用者91	住所91
利用者92	住所92
利用者93	住所93
利用者94	住所94
利用者95	住所95
利用者96	住所96
利用者97	住所97
利用者98	住所98
利用者99	住所99
利用者100	住所100

氏名 _____ 印 _____

(ご家族様) 住所

氏名 _____ 印 _____