

重要事項説明書及び契約書

(通所介護・予防専門型通所サービス・ミニデイ型通所サービス)

あなたに対する通所介護及び介護予防通所介護のサービス提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	吉田病院
主たる事務所の所在地	名古屋市千種区大久手町5-19
法人種別	医療法人
代表者名	吉田 洋
電話番号	(052) 741-4187
FAX番号	(052) 733-7598

介護保険法に基づき 愛知県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法に基づき愛知県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
デイサービスセンター フィエスタ大久手 (2370100386)	通所介護 予防専門型通所サービス ミニデイ型通所サービス（一体型）

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター フィエスタ大久手
指定番号	2370100386 23A0100546（ミニデイ型通所サービス）
所在地	名古屋市千種区大久手町6-17-3
管理者	黒川 拓未
電話・FAX番号	052-735-0575 052-735-0588
通常の事業の実施地域	名古屋市千種区、昭和区、東区、中区、瑞穂区の区域とする。

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	機能障害や認知症等により日常生活に困難を来している方に対して、入浴や食事の提供等の日常生活のケアや生活訓練を行い、その方の在宅生活の支援や介護者の身体的・精神的な負担の軽減等、適正な指定通所介護、予防専門型通所サービス及びミニデイ型通所サービスを提供することを目的としております。
-------	--

運営の方針	指定通所介護、予防専門型通所サービスの提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話の援助を行うことによって、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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。 指定ミニデイ型通所サービスの提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。 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、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
-------	---

4 ご利用事業所の職員体制＜常勤換算＞

ご利用事業所の 従業者の職種	員数	勤務の体制
①管理者	1 人	常時 1 名
②生活相談員	1.2 人以上	常時 0.8 名以上
③看護職員	1.2 人以上	常時 1 名以上
④機能訓練指導員	1 人以上	常時 0.8 名以上
⑤介護職員	6 人以上	常時 6 名以上

5 営業時間

営業日	指定通所介護・予防専門型通所サービス 月～土曜日、祝祭日も営業。（1月1日～3日は休み）またやむを得ない事情により臨時休業及び臨時営業をする場合があります。 ミニデイ型通所サービス（一体型） 火・木・土曜日、祝祭日も営業。（1月1日～3日は休み）またやむを得ない事情により臨時休業及び臨時営業をする場合があります。
営業時間	指定通所介護・予防専門型通所サービス 8：30～17：30（営業準備や送迎・後片付けの時間を含む） ミニデイ型通所サービス（一体型） 13：00～17：30（営業準備や送迎・後片付けの時間を含む）
サービス提供時間	指定通所介護・予防専門型通所サービス 8：30～16：40 ミニデイ型通所サービス（一体型） 13：30～16：40

6 サービスの概要・利用料等

<介護給付>

<介護保険対象内単位・料金設定>			
<地域単価>	1054/1000（下記の単位に10円68銭を乗算します）		目安料金
1) 時間規定及び単位 （1日あたり）	原則として、 7時間以上8時間 未満のサービス提 供を致します。	① 要介護1 : 658 単位	約 702 円
		② 要介護2 : 777 単位	約 829 円
		③ 要介護3 : 900 単位	約 961 円
		④ 要介護4 : 1023 単位	約 1092 円
		⑤ 要介護5 : 1148 単位	約 1226 円
2) 加算項目及び単位 （1回あたり）	①通所介護入浴介助加算Ⅰ：40 単位		約 42 円
	②通所介護個別機能訓練加算Ⅰ：56 単位		約 59 円
	③通所介護サービス提供体制加算Ⅱ：18 単位		約 19 円
	④通所介護処遇改善加算Ⅰ：1000/92 単位		
	⑥科学的介護推進体制：40 単位（一月あたり）		約 42 円
	⑦通所介護個別機能訓練加算Ⅱ：20 単位/一月		約 21 円
	⑧通所介護入浴介助加算Ⅱ：55 単位		約 58 円

<予防専門型通所サービス>

<予防専門型通所サービス対象内単位・料金設定>			
<地域単価>	1054/1000（下記の単位に10円68銭を乗算します）		目安料金
1) 基本単位 （一月あたり）	①要支援1 : 1,798 単位/月		約 1920 円
	サービス提供体制加算Ⅱ1：72 単位/月		約 76 円
	②要支援2 : 3,621 単位/月		約 3867 円
	サービス提供体制加算Ⅱ2：144 単位/月		約 153 円
	処遇改善加算Ⅰ：1000/92 単位		約 241 円
	科学的介護推進体制：40 単位（一月あたり）		約 42 円

<ミニデイ型通所サービス>

<ミニデイ型通所サービス対象内単位・料金設定>			
<地域単価>	1054/1000（下記の単位に10円68銭を乗算します）		目安料金
1) 基本単位 （一月あたり）	ミニデイ型通所サービス費：1,417 単位/月		約 1513 円

<介護保険対象外料金設定>			
1) 自己負担項目及び料金 ＜翌月初め請求分＞	①食事代 : 690 円/日（おやつ代 80 円含）		
	②当日キャンセル料 : 300 円/日		
	③日用品費（貸出の際は、実費請求致します。ご持参可）		
	リハビリパンツ : 150 円/枚		
	尿取りパット : 37 円/枚		
	④レク材料費 : 300 円/月（希望者のみ）		

＜その都度請求分＞	希望者のみ 100 円/回で昼食後にコーヒーを提供しております（その都度集金致します）。 チケット（1 枚 1,000 円/11 枚綴り）もご用意しております。 ご希望の方のみ小銭のご準備をお願いします。
-----------	--

① サービス利用料及び利用者負担

厚生大臣が定める基準によるものとします。但し、利用者負担金は法定代理受領サービス提供の時その 1 割の額とします。

※但し、一定所得以上の方は 2 割・3 割負担となる場合があります。

② サービス利用料支払い方法

- 1) 翌月 10 日頃に請求書を発行いたしますので、同月 25 日頃までにお支払ください。
- 2) 支払い方法は郵便局自動払込み、銀行振込(手数料はお客様負担)、現金集金のいずれかをお願い致します。

③ サービスの延期・中止について

契約後において利用者様の容態が著しく変化した場合、サービス開始期間をご相談させていただく場合がございます。また、サービスの提供が困難であると当施設の看護職員、生活相談員が判断した場合、ご家族様及び担当ケアマネージャーと相談のうえサービスの提供を中止する場合もございます。

④ サービス提供開示について

ご利用者様またはご家族様が、当施設のサービス提供の記録について開示を求められる場合、求めに応じて記録を開示致します。

⑤ その他

- 1) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超過した場合を含む）には、全額自己負担となります。
- 2) 要介護認定の判定が出る前にサービスを利用し、結果「非該当」と判定された場合には、全額自己負担となります。
- 3) 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、一旦利用者が利用料(10 割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分(9 割)を請求することになります。

7 契約

① 契約の目的

1. 事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、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通所介護及び介護予防通所介護のサービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

②通所介護の提供場所・内容

1. 通所介護及び介護予防通所介護のサービス提供場所はデイサービスセンターフィエスタ大久手です。所在地の概要は【2 ご利用事業所】のとおりです。
2. 事業者は、通所介護計画に沿って通所介護を提供します。事業者は通所介護の提供にあたり、その内容について利用者に説明します。

③料金

1. 利用者は、サービスの対価として【6 サービスの概要・利用料等】に定める利用単位毎の料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
2. 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。
3. 事業者は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用料および食費等の単価の変更（増額または減額）を申し入れることができます。
4. 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

④契約の終了

1. 利用者は事業者に対して、1週間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
2. 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
3. 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ①事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ②事業者が守秘義務に反した場合
 - ③事業者が利用者やその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
 - ④事業者が破産した場合
4. 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ①利用者のサービス利用料金の支払が2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日以内に支払われない場合
 - ②利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
 - ③利用者またはその家族が事業者やサービス従業者または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
 - ④利用者またはその家族の職員に対して法令の規定または公の秩序もしくは善良の風俗に反する行為（セクシャルハラスメント、モラルハラスメントその他の発言・行動等が利用者またはその家族の意図には関係なく職員を不快にさせ、尊厳を傷つけ、脅威を与える行為（以下「ハラスメント」という）があり、そのハラスメント行為の中止を求めたにもかかわらず、この求めに応じない場合。

5. 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ①利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ②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
- ③利用者が死亡した場合

6. ミニデイ型通所サービスにおいて利用期間（目安として半年間・合計24回）を満了した場合。

8 虐待の対応

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講ずることとします。

- ① 虐待防止に関する責任者の選定。責任者は施設長 黒川 拓未
- ② 成年後見制度の利用の支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施
- ⑤ サービス提供中に当該事業所従業員又は養護者（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、これを市町村に報告する。

9 相談窓口・苦情対応

- ① サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

窓口担当者 黒川 拓未

電話番号 (052)735-0575 FAX 番号 (052)735-0588

利用時間 月～土曜日（祝祭日も営業） 9:00～18:00

※金銭・紛失物の責任は負いかねますので予めご了承ください。

- ② 公的機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

千種区役所 介護福祉課 福祉相談窓口

利用時間 8:45～17:15 〈祝日、休日、年末年始を除く〉

電話番号 (052)753-1834

住 所 千種区覚王山通8-37

昭和区役所 介護福祉課 福祉相談窓口

利用時間 8:45～17:15 〈祝日、休日、年末年始を除く〉

電話番号 (052)735-3916

住 所 昭和区阿由知通3-19

東区役所 介護福祉課 福祉相談窓口

利用時間 8:45～17:15 〈祝日、休日、年末年始を除く〉

電話番号 (052)934-1195

住 所 東区筒井一丁目7-74

中区役所 介護福祉課 福祉相談窓口
利用時間 8:45～17:15 〈祝日、休日、年末年始を除く〉
電話番号 (052) 265-2325
住 所 中区栄四丁目1-8

瑞穂区役所 介護福祉課 福祉相談窓口
利用時間 8:45～17:15 〈祝日、休日、年末年始を除く〉
電話番号 (052) 852-9394
住 所 瑞穂区瑞穂通3-32

愛知県国民健康保険団体連合会（国保連）介護サービス相談室
利用時間 9:00～17:00 〈土、日、祝祭日を除く〉
電話番号 (052) 971-4165
住 所 名古屋市東区泉1-6-5

10 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の介護者・居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の病状に急変が生じた場合は、速やかに事業所の協力医療機関である吉田病院と連絡を取り、ご家族様に連絡を取る等必要な措置を講じます。またそのような状況時にはご家族様に来ていただくことがございます。（サービス提供中に、急変等以外での理由では外出することはできません）

協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 吉田病院
	院長名	永田 淳二
	所在地	名古屋市千種区大久手町5-19
	電話番号	(052) 741-4187
	FAX番号	(052) 733-7598
	診療科	外科・内科・整形・胃腸・脳神経・循環器 麻酔・呼吸器・リハビリテーション
	入院設備	108床 (一般病床60床、療養型病床群48床)
	救急指定の有無	有り

12 持ち物等 ※必要以上の金銭はお持ちにならないようお願いいたします。

- ①お薬（ご利用時間中に服薬されるもの全て）
- ②入浴準備（バスタオル1枚、タオル2枚、着替え等）
- ③歯ブラシ・歯磨き粉（必要な方のみ）
- ④連絡帳
- ⑥ 杖など（必要な方のみ）

1 3 個人情報の使用

- ① サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業所及び必要に応じて医療機関等の連絡調整等において個人情報を使用することがあります。
- ② 契約期間中の情報提供は、必要最小限に留め、関係者以外には決して漏れることはございません。
- ③ 契約期間終了後においても、情報を使用しないこととし、決して漏れることはございません。

1 4 ご家族、成年後見人又は第三者の立会い

利用を申し込みされる方について判断能力に障害が見られる場合、ご家族、青年後見人又は第三者の立会いが必要となります。

1 5 機能訓練計画書の策定に際して

ご利用者様に機能訓練を提供するにあたり、事業所は対象のご利用者様の自宅を訪問した上で計画を作成することが介護保険上定められております。その為、当施設の職員が自宅を訪問、記録の為に自宅内の写真撮影をお願いすることがございますので、ご理解・ご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日

当事業所は、利用者様に対する通所介護サービスの提供開始に当たり、

☐利用者様

☐ご家族様（代理人）

に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

通所介護サービス事業所

主たる事務所所在地 名古屋市千種区大久手町 6－17－3

名 称 デイサービスセンター フィエスタ大久手

電話番号 (052) 735－0575

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいてフィエスタ大久手から上記重要な事項の説明を受けました。

私は、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印

ご家族（代理人） 住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印