

## 新城のリラ 重要事項説明書

(通所介護サービス 介護予防通所サービス)

当事業所は、介護保険の指定を受けています。  
(介護保険事業所番号 第2374000756号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービス 介護予防通所サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容は、契約上ご注意いただきたいことを次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「要介護」「要支援」と認定された方、またはチェックリストにて事業対象者と認定された方が対象となります。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。

## 1.事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 順明会  
(2)法人所在地 豊川市萩町上近久 8 8 番地  
(3)電話番号 0533-88-6333  
(4)代表者氏名 理事長 大塚 昌明  
(5)設立年月 平成 14 年 7 月 22 日

## 2.事業所の概要

- (1)事業所の種類 指定通所介護事業所 介護予防通所サービス
- (2)事業所の目的 指定通所介護 介護予防通所サービスは、介護保険法に従いご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いとなむことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。
- (3)事業所の名称 新城のリラ 平成 31 年 4 月 1 日指定  
東三河広域連合 第 2374000756 号
- (4)事業所の所在地 新城市字鱈淵 19 番地 1
- (5)電話番号 0536-25-7233
- (6)事業所長（管理者）氏名 大田 由美子
- (7)当事業所の運営方針 ・指定通所介護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及び機能訓練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る。  
・介護予防通所サービスの提供にあたっては、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出来るよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行いことにより、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または向上を目指すものとする。  
・事業の実施に当たっては、東三河広域連合、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する。

(8)開設年月 平成 31 年 4 月 1 日

(9)通常事業の実施区域 新城市

(10)営業日及び営業時間

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| 営業日       | 月曜日から金曜日までとする。ただし、12月31日から1月3日までを除く。 |
| 受付時間      | 午前8時30分から午後5時30分                     |
| サービス提供時間帯 | 午前9時30分から午後4時40分                     |

(11)利用定員 ①月曜日から金曜日 通常規模型 40名

### 3.職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービス 介護予防通所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〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

<通常規模型>

| 職 種              | 実人数    | 指定基準 |
|------------------|--------|------|
| 1 管理者            | 1名以上   | 1名   |
| 2 生活相談員          | 1.5名以上 | 1名   |
| 3 介護職員           | 6名以上   | 6名   |
| 4 看護職員兼<br>機能訓練士 | 1名以上   | 1名   |

### 4.サービス利用料金及びサービス内容

〈サービス利用料金（1回あたり）〉（契約書第7条参照）

下記の料金表に従い、ご契約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）と食事に係わる標準自己負担額の合計金額をお支払い頂きます。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）

●介護給付の通所介護（通常規模型）7～8 時間利用

| 《要介護》 通常規模型 |         |       |  |         |       |
|-------------|---------|-------|--|---------|-------|
| 要介護度        | 介護報酬負担分 | 入浴加算  |  | 食事 飲み物代 | レク材料費 |
|             | 1日当たり   | 実績加算  |  | 1日当たり   | 1日当たり |
| 要介護1        | 658単位   | 40 単位 |  | 710円    | 150円  |
| 要介護2        | 777単位   | 40 単位 |  | 710円    | 150円  |
| 要介護3        | 900単位   | 40 単位 |  | 710円    | 150円  |
| 要介護4        | 1023単位  | 40 単位 |  | 710円    | 150円  |
| 要介護5        | 1148単位  | 40 単位 |  | 710円    | 150円  |

| 《介護予防》        |          |  |        |         |
|---------------|----------|--|--------|---------|
| 要介護度          | 介護報酬 負担額 |  | 食事 飲み物 | 活動費 教材費 |
|               | 1ヶ月当たり   |  | 1日当たり  | 1日当たり   |
| 事業対象者<br>要支援1 | 1798 単位  |  | 710円   | 150円    |
| 要支援2          | 3621 単位  |  | 710円   | 150円    |

|              |        |
|--------------|--------|
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 9.0%   |
| 地域区分(7級地)    | 10.14円 |

- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合 要支援認定・事業対象者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。要介護の認定を受けたあと、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）。償還払いとなる場合、ご契約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。
- ☆ 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、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ 入浴された場合には、**要介護認定の方は入浴加算**として上記金額に 40 単位が加算されます。
- ☆ 食事は、召し上がらない場合には差し引いて請求させていただきますが、当日キャンセルまたは早退された場合は、召し上がらない場合でも請求させていただきます。

当事業所が提供するサービスは以下になります。

- |   |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合 |
|---|

に分けられます。

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、利用後作成する「通所介護サービス計画（ケアプラン）」また「介護予防通所介護計画書(ケアプラン)」に定めます。

#### (1)介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条）

以下のサービスについての利用料金は、各負担割合により介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

- ① 食事（食事時間）12:00～
  - ・食品衛生法に基づき、管理された体制で食事を提供しています。
- ② 入浴(サービス計画にある方)
  - ・入浴又清拭を行います。体調によっては入浴を見合わせる場合があります。
- ③ 排泄
  - ・ご利用者様の排泄の介助を行います。
- ④ 機能訓練
  - ・機能訓練指導員等により、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回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑤ その他の自立への支援
  - ・心身の活性化のため、バラエティにとんだ、レクリエーションや遊びリテーションのメニューを用意し、明るく、楽しい雰囲気の中で、1日を過ごしていただきます。

#### (2)介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

- ① ご利用者に提供する食費に係る費用（食材費及び調理費）です。

料金1回あたり **620**円

- ② ご利用者に提供する飲み物代に係る費用です。

料金1回あたり **90**円

- ③通常の実業実施区域以外への送迎

通常の実業実施区域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、通常の実業の実施区域を越えた地点からお住まいとの送迎費用として下記料金をいただきます。 **1km**あたり **50**円

#### ④レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。レクリエーションの材料費、グループ活動費の一部を **1日あたり一律 150円** 頂きます。

個別発注教材：材料代等の実費を頂きます。

#### ⑤複写物の交付

ご契約者は、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、実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

#### ⑥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契約者の日常生活に要する費用でご契約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。

おむつ代等 実費（別紙）

#### ⑦介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

**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、サービス利用料金の金額がご契約者の負担となります。**

☆ 経営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7条参照）

前記（1）（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月10日ごろにご請求書を送付します。

指定口座への振込、口座振替による引き落としなど利用者の方の、都合が良い方法でお支払ください。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

##### ア. 金融機関指定口座振替え自動引き落とし（すべての金融機関）

※初回手続きまで2ヶ月程度の時間をいただきます。手続き完了までは指定口座への振込みにてお支払いください。

##### イ. 下記指定口座への振り込み

※豊川信用金庫 音羽支店 普通預金 4508278（フク）シュンメイカイ

○利用料金以外に口座振替手数料がご利用者様負担になります。

#### (4)利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービス及び介護予防通所サービスの利用を中止又は変更も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 利用予定日が月曜日の場合は前週金曜日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日 12：00 までに申し出がなく、前日 12：00 過ぎてから申し出があった場合、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。

|                              |                |
|------------------------------|----------------|
| 利用予定日の前日 12：00 までに申し出があった場合  | 無料             |
| 利用予定日の前日 12：00 までに申し出がなかった場合 | 食事代・おやつ代 710 円 |

○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契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

## 5. 苦情の受付について（契約書第 22 条参照）

### (1) 当事業所における苦情の受付

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。

- 苦情受付窓口（担当者） 大田由美子 白井美沙緒 中村朋子
- 受付時間 毎週 月曜日～金曜日 9:00～17:00

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 愛知県国民健康<br>保険団体連合会<br>介護保険課内<br>苦情相談室 | 所在地 名古屋市東区泉 1 丁目 6 番 5 号<br>電話番号 052-971-4165 FAX 052-962-8870<br>受付時間 9:00～17:00   |
| 東三河広域連合<br>介護保険課                      | 所在地 豊橋市八町通 2 丁目 16<br>電話番号 0532-26-8471 FAX 0532-26-8475<br>受付時間 8:30～17:15         |
| 新城市役所<br>高齢者支援課                       | 所在地 新城市字東入船 115 番地 本庁舎 1 階<br>電話番号 0536-23-7688 FAX 0536-23-7699<br>受付時間 8:30～17:15 |

## 6 事故発生時の対応等

事業所は介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族・ご利用者の後見人または身元引受人等関係者に連絡・報告を行なうとともに、ご利用者の生命の安全の確保を最優先にした対応を講じることとします。

### [損害賠償]

施設は、サービス提供によりご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行うこととします。但し、当該事故の発生につき、施設に故意過失がない場合はこの限りではありません。また、ご利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができることとします。

[施設賠償責任保険]

施設は、万一の事故の発生に備えて、「施設賠償責任保険」に加入しています。

[損害賠償がなされない場合]

①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び重要事項またはサービス実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して発生した場合

②ご利用者の急激な体調の変化等、施設の実施したサービスを原因としない専ら起因して発生した場合

③ご利用者が、施設の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して発生した場合

## 7. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況は無し

## 8. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次の上げ揚げる通り必要な処置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。  
虐待防止に関する担当者（大田 由美子）
- (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) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を（年1回以上）を実施しています。

## 9. 業務継続計画

事業者は感染症や災害が発生した場合であっても必要なサービスが継続的にできる体制を構築する為業務継続に向けた計画の策定、研修、シミュレーションを実施することとする。

## 10. 身体拘束等

事業所は、原則として利用者に対する身体的拘束を廃止します。万一、利用者又は他の利用者、職員等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録に記載します。

## 個人情報使用に関する利用目的

私（利用者及びその家族）の個人情報を、以下による必要最小限の範囲で使用、提供することに同意します。

### 1、使用する目的

- ① 利用者に関する介護サービス計画・介護予防サービス計画の立案、並びに円滑にサービスを提供するためにサービス担当者会議での情報提供のため。
- ② ケアマネージャーとサービス事業者との連絡調整のため。
- ③ 利用者の容態変化に伴い、緊急連絡を要する場合。
- ④ サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による調査を受ける場合。

### 2、個人情報に関する情報共有に必要な書類例は以下の通りとします。

| 必要書類例                                 |
|---------------------------------------|
| ①介護保険被保険者証 ②介護保険負担割合証 ③アセスメントシート書類    |
| ④介護サービス計画書・介護予防サービス計画書 ⑤経過報告書 ⑥主治医意見書 |
| ⑦減額証 ⑧身体障害者手帳・医療受給者証 ⑨診断書 ⑩認定調査表      |

### 3、個人情報の使用及び提供期間は、サービス提供の期間に準じます。

### 4、使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外には、決して使用いたしません。また、利用者とサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても第三者に漏らしません。
- ② 個人情報を使用した会議や相手方、内容等の経過を記録します。

私は「個人情報の利用目的」に同意します。

## 機関紙・SNS等における個人情報取り扱いについて

貴法人の運営するホームページ、機関紙、インスタグラムなどにおける顔写真の掲載について

同意します

同意しません

令和 年 月 日

指定通所介護サービス、または介護予防通所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。

新城のリラ

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、指定通所介護サービス  
または、介護予防通所サービスの提供開始に同意しました。

【利用者】 住所

氏名 印

【代理人】

住所

氏名 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に  
基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成されたものです。