

重要事項説明書

(指定通所介護事業・指定第1号通所事業)

あなたが利用しようと考えている通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1、通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	ALSOK ライフサポート株式会社
代表者氏名	代表取締役社長 稲村 泰伸
本社所在地	大阪府枚方市楠葉花園町14番10号 (本社) 電 話 072-868-0321 F A X 072-868-0324

2、ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	ALSOK ライフサポート 寝屋川デイサービスセンター
介護保険 指定事業者番号	寝屋川市指定 2770302293
事業所所在地	大阪府寝屋川市対馬江東町6番13号
建物構造	鉄骨造2階建
延床面積	645.58㎡ (うちデイルーム・機能訓練室270.3㎡)
連絡先 相談担当者氏名	連絡先電話 072-815-0321 F A X 072-815-0322 管理者 永田 枝織
開設年月日	平成18年7月1日
事業所の通常の 事業実施地域 (送迎区域)	大阪府寝屋川市・守口市

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	指定通所介護及び第1号通所事業（以下通所介護という）事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び看護職員、介護職員、機能訓練指導員（以下、従事者という）が、要介護状態又は要支援状態の利用者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。
運営方針	事業所の従事者等は、利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、さらに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サービスを提供いたします。 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 第三者による評価の実施状況

第三者評価受審の有無	有 ・ (無)
------------	---------

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	下記休業日を除く毎日 (休業日 日曜日、および12月31日～1月3日)
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時00分まで

(5) 事業所窓口の営業日および営業時間

営業日	下記休業日を除く毎日 (休業日 日曜日、および12月31日～1月3日)
営業時間	午前8時30分～午後5時30分まで

※但し、電話での緊急のご連絡は、上記の時間外でもお受けします。

(6) 事業所の利用定員

利用定員	57人 ※うち、通所介護・通所介護相当サービス54人、寝屋川市通所型サービス（基準緩和）3人とする。
------	---

(7) 事業所の職員体制

事業所の管理者	永田 枝織
---------	-------

職 種	職 務 内 容	人 員 数
生活相談員	通所介護利用にあたっての申し込みに係る調整ならびに相談助言に係る業務	2人以上
介護職員	通所介護利用時における身体介護等に係る業務	10人以上（サービス提供時間を通じて毎日1名以上配置する）
看護職員	利用者の健康管理、保健衛生管理業務	1人以上（毎日1人以上配置する）
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するための訓練指導、助言	1人以上
事務職員	事業所の運営に必要な事務処理等	1人以上

3、提供するサービスの内容と料金および利用料について

（1）提供するサービスの内容について

サービスの種類	サービスの内容
入浴サービス	入浴の見守り、介助
食事サービス	施設内調理による栄養ならびに身体状況に合わせた食事の提供、摂食の見守りや介助等
送迎サービス	ご自宅と施設間の車での送迎
生活指導（相談・援助等）	健康、身体状況、日常生活上の相談、助言等
機能訓練	日常生活を営むうえで必要となる身体機能を低下させないための訓練指導等
介護サービス	通所介護利用時に必要とされる身体介助等
レクリエーションサービス	仲間づくり、健康づくりを目的とした集団または小規模な単位でのレクリエーション活動
健康チェック	看護師による健康チェック（脈拍・血圧・体温・一般健康状態の観察等）

（2）サービス提供の記録

- ① 事業者は、サービス提供を記録し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存するものとします。
- ② 利用者は、事業者に対して保管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。

（3）利用料金について（介護報酬）

下記の基本サービス料金と対象選択的サービス料金の合計金額が介護保険に

おける利用料金となり、各利用者の負担割合に応じた額が自己負担額となります。利用料・負担金については、介護保険単位数計算の端数処理で、若干の誤差が生じる場合があります。

① 第1号通所事業（通所介護相当サービス）

《寝屋川市》

基本サービス料金		
	利用料	利用者負担額
要支援1 週1回利用	18,950円/月	1,895円/月
要支援2 週1回利用	18,950円/月	1,895円/月
要支援2 週2回利用	38,165円/月	3,817円/月
選択的サービス料金		
	利用料	利用者負担額
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	210円/回	21円/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	52円/回	6円/回
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,686円/月	169円/月
科学的介護推進体制加算	421円/月	43円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ(週1回)	927円/月	93円/月
サービス提供体制強化加算Ⅱ(週1回)	758円/月	76円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ(週1回)	252円/月	26円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ(週2回)	1,855円/月	186円/月
サービス提供体制強化加算Ⅱ(週2回)	1,517円/月	152円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ(週2回)	505円/月	51円/月
一体的サービス提供加算	5,059円/月	506円/月
送迎未実施減算(片道)	495円/回	50円/回
高齢者虐待防止措置未実施減算(週1回)	189円/月	19円/月
高齢者虐待防止措置未実施減算(週2回)	379円/月	38円/月
業務継続計画未実施減算(週1回)	189円/月	19円/月
業務継続計画未実施減算(週2回)	379円/月	38円/月

② 第1号通所事業 基準緩和型サービス

《寝屋川市》

基本サービス料金		
送迎あり入浴なし	利用料	利用者負担額
週1回利用	11,625円/月	1,163円/月
週2回利用	22,861円/月	2,287円/月
送迎あり入浴あり	利用料	利用者負担額

週 1 回利用	13,248 円/月	1,325 円/月
週 2 回利用	26,023 円/月	2,603 円/月
送迎なし入浴なし	利用料	利用者負担額
週 1 回利用	10,160 円/月	1,016 円/月
週 2 回利用	19,952 円/月	1,996 円/月
送迎なし入浴あり	利用料	利用者負担額
週 1 回利用	11,773 円/月	1,178 円/月
週 2 回利用	23,124 円/月	2,313 円/月

③ 大規模型通所介護Ⅱ（要介護の方）

基本サービス料金		
6 時間以上 7 時間未満		
	利用料	利用者負担額
要介護 1	5,723 円/回	573 円/回
要介護 2	6,756 円/回	676 円/回
要介護 3	7,779 円/回	780 円/回
要介護 4	8,843 円/回	885 円/回
要介護 5	9,897 円/回	990 円/回

基本サービス料金		
7 時間以上 8 時間未満		
	利用料	利用者負担額
要介護 1	6,397 円/回	640 円
要介護 2	7,546 円/回	755 円
要介護 3	8,748 円/回	875 円
要介護 4	9,970 円/回	997 円
要介護 5	11,161 円/回	1,117 円

選択的サービス料金		
	利用料	利用者負担額
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	590 円/回	59 円/回
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	801 円/回	81 円/回
個別機能訓練加算（Ⅱ）	210 円/月	21 円/月
入浴介助加算（Ⅰ）	421 円/回	43 円/回
入浴介助加算（Ⅱ）	579 円/回	58 円/回
ADL 維持等加算（Ⅰ）	316 円/月	32 円/月
ADL 維持等加算（Ⅱ）	632 円/月	64 円/月
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,686 円/回	169 円/回

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	210 円／回	21 円／回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	52 円／回	6 円／回
科学的介護推進体制加算	421 円／月	43 円／月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	231 円／回	24 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	189 円／回	19 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅲ	63 円／回	7 円／回
中重度者ケア体制加算	474 円／回	48 円／回
送迎減算（送迎を行わない場合）	495 円／片道	50 円／片道
業務継続計画未実施減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	

④ 共通（基準緩和型サービス除く）

※2024年5月まで

処遇改善加算の料金		
	利用料	利用者負担額
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	利用単位数の 5.9% × 10.54 円	左記料金の 1 割
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	利用単位数の 4.3% × 10.54 円	左記料金の 1 割
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	利用単位数の 1.2% × 10.54 円	左記料金の 1 割
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	利用単位数の 1.0% × 10.54 円	左記料金の 1 割
介護職員等ベースアップ等支援加算	利用単位数の 1.1% × 10.54 円	左記料金の 1 割

※2024年6月から

処遇改善加算の料金		
	利用料	利用者負担額
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	利用単位数の 9.2% × 10.45 円	左記料金の 1 割
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	利用単位数の 9.0% × 10.45 円	左記料金の 1 割
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	利用単位数の 8.0% × 10.45 円	左記料金の 1 割
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	利用単位数の 6.4% × 10.45 円	左記料金の 1 割

※上記の利用者負担額は 1 割の場合の金額です。但し、一定以上の所得のある方は負担割合に応じた額が自己負担額となります。

※介護福祉士が 70%以上配置されている場合、勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されている場合は、サービス提供体制強化加算Ⅰ、介護福祉士が 50%以上配置されている場合は、サービス提供体制強化加算Ⅱ、介護福祉士が 40%以上配置されている場合、7 年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されている場合は、サービス提供体制強化加算Ⅲが加算されます。

(4) 料金の改定

介護保険に基づく料金とその利用料は、介護保険の改正により変更される場合があります。

4、その他の費用について

① 食事費	通所介護利用時の昼食の食事代。1食につき770円を徴収します。但し、特別食の費用については、別途請求させていただきます。	
② 食事キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセル通知の時刻により食事キャンセル料を請求させていただきます。	
	前日午後5時30分までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
	前日午後5時30分までにご連絡のない場合	1提供あたり550円(本体価格500円)の食事キャンセル料を請求させていただきます。
③ 交通費	通常の事業の実施地域を越えて送迎を行った場合は、片道550円(本体価格500円)を請求させていただきます。	
④ イベント・行事の費用	行事費として550円(本体価格500円)を請求させていただきます。なお、イベントで使用した備品等で実費が発生した場合、別途利用者負担となる場合があります。	
⑤ その他 個別に必要とされる日用品	利用者の別途負担となります。 おむつ(下着)110円(本体価格100円)	
⑥ 個人情報開示等の費用	個人情報開示等に伴うコピー代として コピー代(白黒) 22円(本体価格20円) コピー代(カラー) 55円(本体価格50円)	
⑦ 衛生用品等	感染を予防するための備品について、当社が準備する以外のものを希望される場合は、利用者自身でご準備いただきます。	

5、利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

① 利用料、その他の費用の請求	<p>ア 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。</p>
② 利用料、その他の費用の支払い	<p>ア 請求書の内容をご確認いただき、請求月の27日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>

③領収書等の再発行手数料	1か月分あたり 550円（本体価格500円）
--------------	------------------------

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

6、衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、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るとともに、衛生上必要な措置を講じるものとします。
- (2) 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、次に掲げる措置を講じます。
 - ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
 - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

7、業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護の提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

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 永田 枝織
-------------	-----------

- (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実施しています。

- (5) 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。

9、身体拘束について

- (1) 利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。やむを得ず行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- (2) 身体拘束等の適正化に関する基本方針を定めて委員会を設置し、従業者に対して研修を実施する等、身体拘束防止に取り組んでいます。

10、ハラスメントについて

利用者またはその親族などが、施設や施設職員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（介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体的暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）並びにセクシュアルハラスメント（必要もなく手や腕をさわる、性的なことを連想させる発言等のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

11、事故発生時の対応と賠償責任

- (1) 事業者は、サービスの提供にともなって、万一事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等、市町村、大阪府に連絡を行い、必要な措置を講ずるとともに、事業者の責めに帰すべき事由によって利用者に損害を発生させた場合は、その責任の範囲において、利用者に対して、損害を賠償します。ただし、利用者に故意または過失が認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

市町村	市町村名	寝屋川市
	担当部・課名	福祉部高齢介護室
	電話番号	072-838-0518
	FAX 番号	072-838-0102

- (2) 事業者は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ次の場合には、事業者は利用者に対する損害賠償責任を免れます。
- ア 利用者が、契約締結時に、その心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことが損害発生の原因となった場合。
- イ 利用者が、サービスの実施のために必要な事項に関する聴取、確認に対して、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことが損害発生の原

因となった場合。

- ウ 利用者の急激な体調の変化等、実施されたサービスによらない事由が損害発生の原因となった場合。
- エ 利用者がサービス従事者の指示、依頼に反して行った行為が損害発生の原因となった場合。
- オ 利用者に生じた損害が、専ら利用者が単独で行った行為に基づく場合。

12、 保険への加入

損害賠償責任保険への加入

保 険 会 社	損害保険ジャパン株式会社
保 険 内 容	介護賠償責任保険・看護職包括賠償責任保険

自動車保険への加入

保 険 会 社	東京海上日動火災保険株式会社
保 険 内 容	一般自動車総合保険

※但し、損害賠償保険の支払いは、事業所に故意又は過失が存在する場合には限られます。また、損害賠償保険金が支払われる場合であっても、利用者に過失が認められる場合には、賠償金額が減額されることとなります。

13、 秘密の保持と個人情報の保護について

- ① 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約終了後も継続します。
- ② 事業者は、利用者及び家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「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ダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。
- ③ 事業者は、利用者及び家族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、利用者及び家族に関する個人情報を用いません。
- ④ 事業者は、利用者及び家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報を含む）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。
- ⑤ 前4項にもかかわらず、事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

14、 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年1回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

15、 身分証携行義務

従事者は、常に身分証を携行し、いつでも身分証を提示します。

16、 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	利用者の主治医			
	所属医療機関名称			
	所在地及び電話番号			
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所及び電話番号			

17、 留意事項

- (1) 利用者又は家族は、体調の変化があった際には当事業所の職員にご一報願います。
- (2) 利用者は、事業所職員の許可のもとデイサービス内の機器類をご利用ください。
- (3) 事業所内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮願います。
- (4) 原則として、利用者宅の鍵のお預かりはいたしません。
- (5) 職員に対しての、湯茶の接待、贈り物はお受けできません。
- (6) デイサービス内での各種営利行為、宗教活動等のご遠慮願います。

18、 サービス提供に関する相談、苦情等について

利用者からの相談、苦情等があった場合、事業者は、訪問等により事情を確認し事実関係の特定を慎重に行うとともに、相談・苦情等担当者は、管理者とともに、その対応について検討を行い、必要に応じて関係者への連絡、調整を行います。また利用者へは、対応方法を含めた結果報告を速やかに行うものとします。

【事業者の窓口】 ALSOK ライフサポート 寝屋川デイサービスセンター 相談・苦情 虐待・ハラスメント 担当者：永田 枝織	所在地 〒572-0064 寝屋川市対馬江東町6番13号 電話番号 072-815-0321 ファックス番号 072-815-0322 受付時間 8時30分～17時30分 ※上記時間外は電話による連絡
--	---

【市町村の窓口】 寝屋川市福祉部 高齢介護室	所在地 〒572-8566 寝屋川市池田西町24番5号 池の里市民交流センター内 電話番号 072-838-0518 ファックス番号 072-838-0102 受付時間 9時～17時30分 (土・日・祝日を除く)
【市町村の窓口】 守口市役所健康福祉部 高齢介護課	所在地 〒570-8666 守口市京阪本通2丁目5番5号 電話番号 06-6992-1610 ファックス番号 06-6991-2551 受付時間 午前9時～午後5時30分 (土・日・祝日を除く)
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体 連合会	所在地 〒540-0028 大阪府中央区常盤町1-3-8 中央大通りFNビル 電話番号 06-6949-5418 受付時間 9時～17時 (土・日・祝日を除く)
【市町村の窓口】	

19、 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成30年寝屋川市条例第55号）」及び各市町村の介護予防・日常生活支援総合事業に関する要綱等の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府枚方市楠葉花園町14番10号
	法人名	ALSOK ライフサポート株式会社
	代表者名	代表取締役社長 稲村 泰伸 印
	事業所名	ALSOK ライフサポート寝屋川デイサービスセンター
	説明者氏名	印

上記重要事項について事業者から説明を受け同意の上、本書面を受領しました。

利用者	住 所	
	氏 名	印
代筆人	氏 名	続柄 ()
代理人	住 所	
	氏 名	印