

指定地域密着型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。

この「重要事項説明書」は、堺市における指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年条例第58号）の規定に基づき、指定地域密着型通所介護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

## 1 指定地域密着型通所介護サービスを提供する事業者（法人）について

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 法人名称    | はなたば合同会社        |
| 代表者職・氏名 | 代表社員 川淵 優希      |
| 本社所在地   | 大阪府堺市堺区一条通1番23号 |
| 法人連絡先   | 072-267-4410    |
| 法人設立年月日 | 令和3年10月27日      |

## 2 サービス提供を実施する事業所について

### (1) 事業所の所在地等

|           |                               |     |              |
|-----------|-------------------------------|-----|--------------|
| 事業所名称     | デイサービスるぴなす                    |     |              |
| 介護保険事業所番号 | 2796000350                    |     |              |
| 事業所所在地    | 大阪府堺市堺区一条通1番23号 堺ビル1階         |     |              |
| 電話番号      | 072-267-4410                  | FAX | 072-267-4405 |
| 通常の事業実施地域 | 堺市堺区、堺市北区、堺市中区、堺市西区、堺市東区、堺市南区 |     |              |

### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |                                                                                                                                                                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | ご利用者様が、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生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより社会参加の促進およびご家族様の負担軽減を図ることを目的とします。                                          |
| 運営の方針 | ご利用者様の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的にサービス提供を行います。<br>ご利用者様が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、ご利用者様の心身の状況を的確に把握し、機能訓練その他必要なサービスをご利用者様の希望に添って適切に提供します。 |

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 営業日  | 月、火、水、木、金、土（12/30～1/3を除く） |
| 営業時間 | 8：30～17：30                |

### (4) サービス提供可能な日時

|          |                           |
|----------|---------------------------|
| サービス提供日  | 月、火、水、木、金、土（12/30～1/3を除く） |
| サービス提供時間 | 9：15～16：30                |

## (5) 事業所の職員体制

| 管理者氏名       |                                                                                                                                                                                                           | 加藤 桜香 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 職           | 職務内容                                                                                                                                                                                                      | 人員数   |
| 管理者         | <p>従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行い、その他業務の管理を行います。</p> <p>ご利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した地域密着型通所介護計画を生活相談員等と協力して作成します。</p> <p>また、サービス実施状況の把握及び地域密着型通所介護計画の変更を行います。</p> | 1名以上  |
| 生活<br>相談員   | <p>ご利用者様が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、生活指導及び介護に関する相談及び援助などを行います。</p> <p>また、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況および目標の達成状況の記録を行います。</p>                                                                              | 1 名以上 |
| 看護<br>職員    | <p>サービス提供の前後及び提供中のご利用者様の心身の状況等の把握を行います。</p> <p>ご利用者様の静養のための必要な措置を行います。</p> <p>ご利用者様の病状が急変した場合等に、主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。</p>                                                                               | 1 名以上 |
| 介護<br>職員    | 地域密着型通所介護計画に基づき、必要な日常生活の世話及び介護を行います。                                                                                                                                                                      | 2 名以上 |
| 機能訓練<br>指導員 | 地域密着型通所介護計画に基づき、ご利用者様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、機能訓練を行います。                                                                                                                              | 1 名以上 |

## 3 提供するサービスの内容及び費用について

## (1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類                                     | サービスの内容                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>地域密着型通所介護計画の作成<br/>(全てのご利用者様について作成します)</p> | <p>ご利用者様に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、ご利用者様の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた地域密着型通所介護計画を作成します。</p> <p>地域密着型通所介護計画の作成に当たっては、その内容についてご利用者様又はそのご家族様に対して説明し、ご利用者様の同意を得ます。</p> <p>それぞれのご利用者様について、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。</p> |

|                   |                    |                                                                                                                          |
|-------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者居宅への送迎         |                    | 事業者が保有する自動車により、ご利用者様の居宅と事業所までの間の送迎を行います。<br>ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。                  |
| 日常生活上の世話          | 食事介助               | 食事の提供及び介助が必要なご利用者様に対して、介助を行います。また、嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。                                                            |
|                   | 入浴介助               | 入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。                                                                                      |
|                   | 排泄介助               | 排泄の介助、おむつ交換を行います。                                                                                                        |
|                   | 更衣介助               | 上着、下着の更衣の介助を行います。                                                                                                        |
|                   | 移動・移乗介助            | 介助が必要なご利用者様に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。                                                                                    |
|                   | 服薬介助               | 介助が必要なご利用者様に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。                                                                            |
| 機能訓練              |                    | ご利用者様の状態や能力、希望等に応じて機能訓練指導員が専門的知識に基づき、<br>・食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練<br>・器械・器具等を使用した訓練<br>・集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを行います。 |
| その他<br>（創作活動など）   |                    | ご利用者様の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。                                                                                     |
| 特別なサービス<br>（加算参照） | 個別機能訓練<br>（Ⅰ）イ、（Ⅱ） | 個々のご利用者様の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。また、3カ月に1度ご利用者様の居宅に訪問し、進捗状況の説明、訓練内容の見直しを行います。                 |
|                   | 若年性認知症<br>利用者受入    | 若年性認知症（40歳から64歳まで）のご利用者様を対象に、そのご利用者様の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。                                                              |

（注） 3ヶ月実施した時点で居宅介護支援事業者に報告し、継続の必要性が認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

・基本報酬

| サービス提供区分         | 提供時間帯 | 介護報酬額    | ご利用者様負担額       |                |                |
|------------------|-------|----------|----------------|----------------|----------------|
|                  |       |          | 1 割            | 2 割            | 3 割            |
| 3 時間以上<br>4 時間未満 | 要介護 1 | 4,347 円  | <b>435 円</b>   | <b>870 円</b>   | <b>1,305 円</b> |
|                  | 要介護 2 | 4,995 円  | <b>500 円</b>   | <b>999 円</b>   | <b>1,499 円</b> |
|                  | 要介護 3 | 5,643 円  | <b>565 円</b>   | <b>1,129 円</b> | <b>1,693 円</b> |
|                  | 要介護 4 | 6,270 円  | <b>627 円</b>   | <b>1,254 円</b> | <b>1,881 円</b> |
|                  | 要介護 5 | 6,928 円  | <b>693 円</b>   | <b>1,386 円</b> | <b>2,079 円</b> |
| 4 時間以上<br>5 時間未満 | 要介護 1 | 4,556 円  | <b>456 円</b>   | <b>912 円</b>   | <b>1,367 円</b> |
|                  | 要介護 2 | 5,235 円  | <b>524 円</b>   | <b>1,047 円</b> | <b>1,571 円</b> |
|                  | 要介護 3 | 5,914 円  | <b>592 円</b>   | <b>1,183 円</b> | <b>1,775 円</b> |
|                  | 要介護 4 | 6,573 円  | <b>658 円</b>   | <b>1,315 円</b> | <b>1,972 円</b> |
|                  | 要介護 5 | 7,262 円  | <b>727 円</b>   | <b>1,453 円</b> | <b>2,179 円</b> |
| 5 時間以上<br>6 時間未満 | 要介護 1 | 6,865 円  | <b>687 円</b>   | <b>1,373 円</b> | <b>2,060 円</b> |
|                  | 要介護 2 | 8,109 円  | <b>811 円</b>   | <b>1,622 円</b> | <b>2,433 円</b> |
|                  | 要介護 3 | 9,363 円  | <b>937 円</b>   | <b>1,873 円</b> | <b>2,809 円</b> |
|                  | 要介護 4 | 10,585 円 | <b>1,059 円</b> | <b>2,117 円</b> | <b>3,176 円</b> |
|                  | 要介護 5 | 11,850 円 | <b>1,185 円</b> | <b>2,370 円</b> | <b>3,555 円</b> |
| 6 時間以上<br>7 時間未満 | 要介護 1 | 7,085 円  | <b>709 円</b>   | <b>1,417 円</b> | <b>2,126 円</b> |
|                  | 要介護 2 | 8,370 円  | <b>837 円</b>   | <b>1,674 円</b> | <b>2,511 円</b> |
|                  | 要介護 3 | 9,666 円  | <b>967 円</b>   | <b>1,934 円</b> | <b>2,900 円</b> |
|                  | 要介護 4 | 10,962 円 | <b>1,097 円</b> | <b>2,193 円</b> | <b>3,289 円</b> |
|                  | 要介護 5 | 12,247 円 | <b>1,225 円</b> | <b>2,450 円</b> | <b>3,675 円</b> |
| 7 時間以上<br>8 時間未満 | 要介護 1 | 7,868 円  | <b>787 円</b>   | <b>1,574 円</b> | <b>2,361 円</b> |
|                  | 要介護 2 | 9,300 円  | <b>930 円</b>   | <b>1,860 円</b> | <b>2,790 円</b> |
|                  | 要介護 3 | 10,784 円 | <b>1,079 円</b> | <b>2,157 円</b> | <b>3,236 円</b> |
|                  | 要介護 4 | 12,247 円 | <b>1,225 円</b> | <b>2,450 円</b> | <b>3,675 円</b> |
|                  | 要介護 5 | 13,710 円 | <b>1,371 円</b> | <b>2,742 円</b> | <b>4,113 円</b> |
| 8 時間以上<br>9 時間未満 | 要介護 1 | 8,182 円  | <b>819 円</b>   | <b>1,637 円</b> | <b>2,455 円</b> |
|                  | 要介護 2 | 9,666 円  | <b>967 円</b>   | <b>1,934 円</b> | <b>2,900 円</b> |
|                  | 要介護 3 | 11,202 円 | <b>1,121 円</b> | <b>2,241 円</b> | <b>3,361 円</b> |
|                  | 要介護 4 | 12,749 円 | <b>1,275 円</b> | <b>2,550 円</b> | <b>3,825 円</b> |
|                  | 要介護 5 | 14,264 円 | <b>1,427 円</b> | <b>2,853 円</b> | <b>4,280 円</b> |

☆ 地域区分別の単価( 5 級地 10.45円 )を含んだ金額です。(以下同じ。)

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、地域密着型通所介護計画に位置付けられた内容のサービスを行うための標準的な時間によるものです。

したがって、例えば単にご家族様の出迎え等の都合で通常の時間を超えて事業所にいたというだけの場合は、当初の計画に位置付けられた所要時間の料金となります。

※ ご利用者様の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

※ 月平均のご利用者様の数が当事業所の定員を上回った場合及び地域密着型通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。

・加算等

| 加算名称            | 介護報酬額          | ご利用者様<br>負担額 |        | 算定回数等                          |
|-----------------|----------------|--------------|--------|--------------------------------|
| 入浴介助加算（Ⅰ）       | 418 円          | 1割           | 42 円   | 入浴介助を実施した日数                    |
|                 |                | 2割           | 84 円   |                                |
|                 |                | 3割           | 126 円  |                                |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ    | 585 円          | 1割           | 59 円   | 個別機能訓練を<br>実施した日数              |
|                 |                | 2割           | 117 円  |                                |
|                 |                | 3割           | 176 円  |                                |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）     | 209 円          | 1割           | 21 円   | 個別機能訓練を<br>実施した月               |
|                 |                | 2割           | 42 円   |                                |
|                 |                | 3割           | 63 円   |                                |
| 科学的介護推進体制加算     | 418 円          | 1割           | 42 円   | 厚生労働省への情報提供<br>を実施した月          |
|                 |                | 2割           | 84 円   |                                |
|                 |                | 3割           | 126 円  |                                |
| 口腔機能向上加算        | 1,567 円        | 1割           | 157 円  | 希望者<br>口腔機能訓練を実施した月<br>（月2回まで） |
|                 |                | 2割           | 314 円  |                                |
|                 |                | 3割           | 471 円  |                                |
| 若年性認知症利用者受入加算   | 31 円           | 1割           | 63 円   | 対象者                            |
|                 |                | 2割           | 126 円  |                                |
|                 |                | 3割           | 189 円  |                                |
| 送迎を行わない場合の減算    | 52 円           | 1割           | -50 円  | 片道につき                          |
|                 |                | 2割           | -99 円  |                                |
|                 |                | 3割           | -148 円 |                                |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 188 円          | 1割           | 19 円   | ご利用された日数                       |
|                 |                | 2割           | 38 円   |                                |
|                 |                | 3割           | 57 円   |                                |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)□ | 所定単位数の12.7%を加算 |              |        | 1月につき                          |

所定単位数・・・基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数

注）利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額を  
いったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収  
書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を  
行ってください。

#### 4 その他の費用について

|                                              |                                                                                                                                                   |                          |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ① 送迎費                                        | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。<br>なお、自動車を使用した場合は次のとおり請求いたします。<br>(1) 事業所から片道5キロメートル未満 200円<br>(2) 事業所から片道5キロメートル以上 1kmごとに30円 |                          |
| ② キャンセル料                                     | サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求いたします。                                                                                      |                          |
|                                              | 24時間前までのご連絡の場合                                                                                                                                    | キャンセル料は不要です。             |
|                                              | 12時間前までにご連絡の場合                                                                                                                                    | 1 提供当たりの料金の50%を請求いたします。  |
|                                              | 12時間前までにご連絡のない場合                                                                                                                                  | 1 提供当たりの料金の100%を請求いたします。 |
| ※ただし、ご利用者様の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 |                                                                                                                                                   |                          |
| ③ 食事の提供に要する費用                                | 600円（昼食500円、おやつ100円）                                                                                                                              |                          |
| ④ パッド・おむつ代                                   | 150円（1枚当り）                                                                                                                                        |                          |
| ⑤ 日常生活費                                      | 実費（レクリエーションにかかる費用）                                                                                                                                |                          |

#### 5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

その他の費用の請求及び支払い方法について

|                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① ご利用料金その他の費用の請求方法等 | 利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。<br>上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月10日までにご利用者様宅あて送付いたします。                                                                                                                                               |
| ② お支払い方法等           | サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録のご利用者様控えと内容を照合のうえ、請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。<br><br>(ア) 事業者指定口座への振り込み<br>(イ) 利用者指定口座からの自動振替（毎月28日）<br>(ウ) 現金支払い<br><br>お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しいたしますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。） |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 6 地域密着型通所介護従業者の禁止行為

地域密着型通所介護従業者はサービス提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② ご利用者様又はご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ ご利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体的拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。）
- ⑤ その他ご利用者様又はご家族様等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## 7 サービスの提供に当たって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。住所などに変更があった場合は速やかにお知らせください。
- (2) ご利用者様要介護認定を受けていない場合は、ご利用者様の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くともご利用者様が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- (3) ご利用者様に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、ご利用者様及びご家族様の意向を踏まえて、機能訓練の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した「地域密着型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「地域密着型通所介護計画」は、ご利用者様又はご家族様にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「地域密着型通所介護計画」に基づいて行います。なお、「地域密着型通所介護計画」は、ご利用者様等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

## 8 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・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。
- (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) 従業者に対して、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ご利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

|             |           |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者：加藤 桜香 |
|-------------|-----------|

## 9 身体拘束について

事業者は、原則としてご利用者様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、ご利用者様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、ご利用者様及びそのご家族様に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、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。

|      |                                                        |
|------|--------------------------------------------------------|
| 緊急性  | 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ます。   |
| 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ます。 |
| 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。      |

## 10 秘密の保持と個人情報の保護について

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>事業者は、ご利用者様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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ドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様及びそのご家族様の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>事業者は、従業者に、業務上知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>                                      |
| 個人情報の保護について            | <p>事業者は、ご利用者様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、ご利用者様の個人情報を用いません。また、ご利用者様のご家族様の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でご家族様の個人情報を用いません。</p> <p>事業者は、ご利用者様及びそのご家族様に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）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。</p> <p>事業者が管理する情報については、ご利用者様の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合はご利用者様の負担となります。）</p> |

## 11 緊急時の対応について

サービス提供中に、ご利用者様に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご利用者様が予め指定する連絡先にも連絡します。

| 緊 急 連 絡 先 |  |     |  |
|-----------|--|-----|--|
| 家族等氏名（続柄） |  | 連絡先 |  |
| 家族等氏名（続柄） |  | 連絡先 |  |
| 医療機関・診療所名 |  |     |  |
| 主治医       |  | 連絡先 |  |

※契約締結後に追加記入いたします。

## 12 事故発生時の対応方法について

ご利用者様に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者様の家族、ご利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者様に対する指定地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

|            |    |     |              |
|------------|----|-----|--------------|
| 市町村（保険者）   | 堺市 | 連絡先 | 072-228-7513 |
| 居宅介護支援事業所  |    |     |              |
| 担当ケアマネージャー |    | 連絡先 |              |

※契約締結後に追加記入いたします。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |                                        |
|-------|----------------------------------------|
| 保険会社名 | 三井住友海上火災保険株式会社                         |
| 保険名   | 福祉事業者総合賠償責任保険                          |
| 補償の概要 | 対人・対物・管理財物賠償補償その他事業者が法律上の賠償責任を負った場合の補償 |

### **13 心身の状況の把握**

指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、ご利用者様の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。

### **14 居宅介護支援事業者等との連携**

- (1) 指定地域密着型通所介護の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「地域密着型通所介護計画」の写しを、ご利用者様の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

### **15 サービス提供の記録**

- (1) 指定地域密着型通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- (2) ご利用者様は、事業者に対して保存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。

### **16 非常災害対策**

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

### **17 衛生管理等**

- (1) 指定地域密着型通所介護の用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 指定地域密着型通所介護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必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

### **18 運営推進会議について**

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

## 19 見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 提供予定の指定地域密着型通所介護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

※1割負担で計算

| 曜日             | サービス提供時間 | 介護報酬額 | ご利用者様負担額 |
|----------------|----------|-------|----------|
| 月              |          | 円     | 円        |
| 火              |          | 円     | 円        |
| 水              |          | 円     | 円        |
| 木              |          | 円     | 円        |
| 金              |          | 円     | 円        |
| 土              |          | 円     | 円        |
| 日              |          | 円     | 円        |
| 一週間当たりの利用料等合計額 |          | 円     | 円        |

(2) その他の費用（1週間あたり）

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（介護保険適用）     | 回 | 円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）×1月1回（介護保険適用） |   | 円 |
| 科学的介護推進体制加算×1月1回（介護保険適用） |   | 円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ（介護保険適用）    | 回 | 円 |
| 入浴介助加算（介護保険適用）           | 回 | 円 |
| 昼食・おやつ（保険適用外）            | 回 | 円 |

(3) お支払いいただく額の目安

|                      |   |
|----------------------|---|
| お支払い額の目安<br>（1週間あたり） | 円 |
| お支払い額の目安<br>（1月あたり）  | 円 |

注)介護職員等処遇改善加算Ⅰロ（総単位数の12.7%）は省いて計算しています

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1か月以内とします。

## 20 サービス提供に関する相談、苦情について

### <苦情処理の体制、手順>

- (1)ご利用者様またはご家族様からの相談及び苦情を受け付ける為の窓口を設置します。
- (2)苦情や相談があった場合、苦情相談担当者はしっかりとお話を聞き、場合によってはご自宅へ伺うなど、状況の把握や事実確認に努めます。
- (3)苦情相談担当者（応対者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、ご利用者様またはご家族様の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- (4)検討内容については適宜連絡いたします。また最終的な対処方法などは必ずご利用者様またはご家族様へ報告します。
- (5)苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業員全員で検討します。

### <苦情申立の窓口>

|            |                              |                       |              |
|------------|------------------------------|-----------------------|--------------|
| <b>事業者</b> |                              | <b>デイサービスるびなす</b>     |              |
| 苦情相談担当者    |                              | 管理者 加藤 桜香             |              |
| 所在地        |                              | 大阪府堺市堺区一条通1番23号 堺ビル1階 |              |
| TEL        | 072-267-4410                 | FAX                   | 072-267-4405 |
| 受付時間       | 8：30～17：30（日および12/30～1/3を除く） |                       |              |

|                                                                                    |                                  |                                                                                 |              |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>市町村</b>                                                                         |                                  | <b>堺市 長寿社会部 介護保険課</b>                                                           |              |
| 所在地                                                                                |                                  | 堺市堺区南瓦町3番1号 堺市役所本館7階                                                            |              |
| TEL                                                                                | 072-228-7513（課直通）                | FAX                                                                             | 072-228-7853 |
| 受付時間                                                                               | 平日9:00～17:30（土日祝および12/29～1/3を除く） |                                                                                 |              |
| <b>堺市堺区役所</b> 地域福祉課 介護保険係<br>堺市堺区南瓦町3-1（本館2階）<br>TEL:072-228-7520 FAX:072-228-7870 |                                  | <b>堺市西区役所</b> 地域福祉課 介護保険係<br>堺市西区鳳東町6-600<br>TEL:072-275-1912 FAX:072-275-1919  |              |
| <b>堺市中区役所</b> 地域福祉課 介護保険係<br>堺市中区深井沢町2470-7<br>TEL:072-270-8197 FAX:072-270-8103   |                                  | <b>堺市南区役所</b> 地域福祉課 介護保険係<br>堺市南区桃山台1-1-1<br>TEL:072-290-1812 FAX:072-290-1818  |              |
| <b>堺市東区役所</b> 地域福祉課 介護保険係<br>堺市東区日置荘原寺町195-1<br>TEL:072-287-8123 FAX:072-287-8117  |                                  | <b>堺市北区役所</b> 地域福祉課 介護保険係<br>堺市北区新金岡町5-1-4<br>TEL:072-258-6651 FAX:072-258-6836 |              |

|                       |                                  |                               |              |
|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------|
| <b>大阪府国民健康保険団体連合会</b> |                                  |                               |              |
| 所在地                   |                                  | 大阪市中央区常盤町一丁目3番8号 中央大通F Nビル11階 |              |
| TEL                   | 06-6949-5418                     | FAX                           | 06-6949-5417 |
| 受付時間                  | 平日9:00～17:00（土日祝および12/29～1/3を除く） |                               |              |

## 21 重要事項の説明年月日

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

上記内容について、堺市の指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準条例の規定に基づき、ご利用者様に説明を行いました。

|     |       |                 |
|-----|-------|-----------------|
| 事業者 | 法人所在地 | 大阪府堺市堺区一条通1番23号 |
|     | 法人名   | はなたば合同会社        |
|     | 代表者名  | 代表社員 川淵 優希      |
|     | 事業所名  | デイサービスるぴなす      |
|     | 説明者氏名 |                 |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|             |     |  |     |  |
|-------------|-----|--|-----|--|
| ご利用者様       | 住 所 |  |     |  |
|             | 氏 名 |  |     |  |
| 代筆の場合の代筆者氏名 |     |  | 続柄等 |  |

|                 |     |  |
|-----------------|-----|--|
| 代理人<br>(成年後見人等) | 住 所 |  |
|                 | 氏 名 |  |