

**生活協同組合コープこうべ**  
**コープは～とらんどすこやかデイ本山**  
**重要事項説明書**

介護保険法に基づく介護予防日常生活支援総合事業  
 ～「介護予防通所サービス」事業～

■ サービス提供窓口

事業所名	コープは～とらんどすこやかデイ本山
電話番号	078-431-0365
担当者名	

1. 事業所概要

事業所名	コープは～とらんどすこやかデイ本山		
所在地	〒658-0058 神戸市東灘区田中町2丁目9-10ハイム本山1階		
電話番号	078-431-0365		
FAX番号	078-431-0371		
センター長	高岡 奏子	管理者	江副 奈津美
事業所番号	2870103120		
開設年月日	2016年10月1日（平成28年）		
サービス地域	神戸市東灘区 灘区		
サービス提供日	月曜～土曜（ただし、日曜日、毎年1月1日～3日は休日）		
営業時間	月曜～土曜 8:30～18:00		
サービス提供時間	午前9時～午後4時40分		
サービスの種類	通所型独自サービス		
利用定員	1日25名		

## ＜サービス提供の目的と内容＞

介護保険法令に従い、利用いただく契約者（利用者）の自立支援を目的としています。

利用者様が有する能力の範囲内において自立可能な動作（行為）は機能訓練の機会として捉え、代行して遂行することや過度な干渉を行わないことをご理解ください。当事業所内では少しでも多くの自立行為を獲得していただくための取り組みを行ってまいります。プログラムによっては利用者様が有する範囲内において実生活を想定した障壁（バリア）を故意に設定し機能訓練の機会とすることがあります。

## ＜注意事項＞

事業所内の活動では安全面に配慮してサービスを提供致しますが事故（転倒など）が発生する可能性も否定できないことをご了承下さい。サービス提供時間内の事故（転倒）であっても当事業所の賠償責任の範囲外となることもありますので趣旨を十分ご理解いただき、十分ご注意のうえご利用願います。

以下の□項目に関して、説明、同意後に☑を記入してください。

- 機能訓練用の路面や屋外歩行、その他の活動において一定の転倒リスクが想定されます。転倒リスクに関してご理解いただいた方のみ機能訓練や運動指導を含む活動を実施させていただきます。
- 当事業所で発生した事故につきましては、当事業所の故意又は重過失によるものを除き、責任を負いかねます。スタッフが配置されていないスペースで活動された際の事故やスタッフの指示を無視された行動による事故は当事業所の賠償責任の範囲外となりますのでくれぐれも無理はされないようご注意ください。
- 個人差はありますが体力測定やトレーニングなどで普段は使われていない筋肉や関節を動かすことで活動時間にかかわらず筋肉痛や関節痛が出現する可能性があります。軽度の負担から開始しますがご不安な場合は事前にかかりつけ医へのご相談をお願いします。
- 体力測定で最大筋力を測定する項目がありますが心身に反動が生じる可能性もあるためご希望により実施いたします。また希望された場合でも疾患や心身状態から実施可否を判断させていただきます。※状況に応じて、主治医からの診療情報提供書をいただく場合があります。

## 2. 相談・苦情に関する窓口

介護保険に関する相談や事業所が提供したサービスに対する苦情の窓口を設置しています。（サービスを担当する事務所でも受付）

名称	コープなんでも相談ダイヤル（苦情・相談窓口）
電話番号	078-412-0562
FAX番号	078-412-2077
受付時間	月～土 午前9時～午後6時 （毎年12月30日～1月3日は休み）
担当者	小川 利美（福祉事業部）
責任者	竹原 良彦（統括部長）

### ※上記以外の公的な苦情対応の窓口

名称	兵庫県国民健康保険団体連合会
電話番号	078-332-5617
FAX番号	078-332-5650
受付日・時間	月～金曜日（年末年始休み）、午前8時45分～午後5時15分
名称	兵庫県福祉サービス運営適正化委員会
電話番号	078-242-6868
FAX番号	078-271-1709
受付日・時間	月～金曜日、午前10時～午後4時
名称	神戸市福祉局 監査指導部 居宅通所指導担当 介護保険担当
電話番号	078-322-6326
FAX番号	078-322-6762
受付日・時間	平日、8時45分～12時 13時～17時30分
名称	養介護施設従業者等による高齢者虐待通報専用電話（監査指導部内）
電話番号	078-322-6774
受付日・時間	平日、8時45分～12時 13時～17時30分
名称	神戸市消費生活センター
電話番号	078-371-1221
受付日・時間	平日8時45分～17時30分

### 3. 事業者概要

法人の種別	生活協同組合		
事業者名	生活協同組合コープこうべ		
代表者名	組合長理事：岩山 利久		
所在地	神戸市東灘区住吉本町 1-3-19		
連絡先部署名	利用・サービス事業本部 福祉事業		
電話番号	078-412-0351	FAX	412-2077
主な事業内容	小売業・生産事業・共済事業他・福祉事業（居宅介護支援 訪問介護 通所介護 福祉用具の貸与・販売 住宅改修 サービス付き高齢者向け住宅等）その他		
設立年月日	1921年4月（大正10年）		

### 4. 運営方針

- (1) 事業所は、要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において日常生活を営むことが出来るよう、生活の質の確保および向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことが出来るよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
- (2) サービスの提供にあたって、利用者の心身の状況や家庭環境を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、地域との結びつきを重視し、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービス、同業他社等との連携に努め、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

### 5. 職員体制

	主な職務内容	常勤	非常勤	合計
管理者	事業所の職員及び業務の指揮・	1	0	1
生活相談員	ご利用者の日常生活の相談に応	1	3	4
介護職員	ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助	3	5	8
看護職員	主にご利用者の健康管理や療養上の世話をいたしますが、日常生		2	2
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止	1	2	3

※管理者は、介護職員を兼務しています

※看護職員は、機能訓練指導員を兼務しています

## 6. 当事業所(施設)が提供するサービス

当事業所(施設)では、利用者に①通常型通所介護サービス、  
②日常生活支援総合事業通所型独自サービス介護予防通所サービスの  
サービスを提供します。

### (1) 介護保険・日常生活総合支援事業の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料の概ね9割又は8割又は7割(通常)が介護保険から給付されます。

#### I <サービスの概要>

##### ① 食事(食材費は別途いただきます)

当施設では、調理員の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体  
の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間) 12:00~

##### ② 入浴

入浴または清拭を行います。

##### ③ 排泄

利用者の排泄介助をおこないます。

##### ④ 機能訓練

利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能  
の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

##### ⑤ 健康管理

看護職員を主に、健康管理を行います。

##### ⑥ 口腔機能向上

利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な口腔  
機能の維持をするための訓練を実施します。

### (2) 介護保険・日常生活支援総合事業の給付対象とならないサービス

以下のサービスについては、利用料の全額(100%)が利用者負  
担となります。

#### ① 介護保険・日常生活支援総合事業給付の支給限度額を超えてのサ 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に  
は、「サービス利用料金」欄の全額が必要となります。

#### ② 食事の提供

利用者に提供する食事にかかる費用です。

<昼食とおやつ: 800円: (おやつのみ120円)

栄養管理サービス54円>消費税別

#### ③ レクリエーション

プログラムに必要な実費として、1か月利用毎に100円徴収さ  
せていただきます。利用者の希望によりレクリエーションに参加  
していただくことができます。ほとんどのものについては無料で  
すが、遠足などの際の交通費や製作物の材料代などにつきまして  
は実費を負担いただきます。(1か月利用毎に100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、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。(紙パンツ代: 1枚80円  
尿取りパット: 30円マスク代1枚10円洗濯代: 1回につき1  
50円)

※介護保険の給付対象とならないサービスにかかわる利用料金につ  
いては、経済状況の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。その場合は、事前(1ヶ月

前)に変更の内容と事由についてご説明します。

## 7. 利用料金について

サービスを利用する場合、原則として、サービス利用料の合計金額の1割又は2割又は3割が利用者負担となります。ただし、介護保険の給付枠を超えてサービスの利用を希望される場合、「全額自己負担」となります。

### 主な介護予防給付費 通常型介護予防通所サービス費 単独型

サービス内容	事業対象者・要支援1・要支援2 (週1回あたりのサービス)	要支援2 (週2回あたりのサービス)
通所型独自サービス1	1798単位	3621単位
<b>介護予防通所サービスは、1か月当たりの包括的単位数となります</b>		
通所型独自サービス同一建物減算(要支援1)	-376単位	
通所型独自サービス同一建物減算(要支援2)	-752単位	
通所型独自送迎減算	-47単位	
口腔機能向上加算	300単位(3か月につき)	
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅱ	72単位	
科学的介護推進体制加算	40単位(1か月につき)	
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ	144単位	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	ご利用のあった総単位数の9.1.%に相当する単位	

例) 要支援1の方が、ご利用の場合

1798単位+介護職員等処遇改善加算(441単位)=2239単位

2239単位×10.54=23599円(保険全額分)

介護保険1割負担額2360円 介護保険2割負担額4720円

介護保険3割負担額7080円

- \* この金額は、介護給付単位数に地域区分(4級地10.54)を乗じたものです。
- \* 要介護度別の自己負担額に利用された各種加算金額と食費(消費税別)を足したものが1回当たりのご利用者の負担金額になります
- \* 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額にあわせて、利用者の負担額を変更します。
- \* 保険料の滞納などにより、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は、いったん介護保険の介護報酬額の全額をいただき、「サービス提供証明書」を発行します。それを後日、市または区役所の窓口を提供して、差額の払い戻しを受けてください。(「償還払い」といいます)
- \* 通常の事業の実施地域を越えて行う場合の交通費は次の額を徴収します。
  - 一 実施地域を越えた地点から片道5キロメートル未満 500円
  - 二 実施地域を越えた地点から片道5キロメートル以上 1000円

## (2) キャンセル料(サービスの中止)

キャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルの場合は出来るだけ事前にご連絡ください。ただし、緊急時（緊急入院、急な体調不良、連絡不可能な事態など）の場合は、除外します。

昼食を喫食される場合：利用日当日の9時までに連絡があった場合 おやつを喫食される場合：利用日の当日10時までに連絡があった場合	<b>無料</b>
昼食を喫食される場合：利用日当日の9時以降に連絡があった場合 おやつを喫食される場合：利用日の当日10時以降に連絡があった場合	利用料全額＋食費

## 8. サービス提供から利用料の支払いまで

### (1) 申し込み

○利用者は、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所などを通じて、当事業所にサービスの利用を希望し、申し込みます。

### (2) 説明と契約

○当事業所は利用者宅を訪問し「契約書」や「重要事項説明書」に基づき説明を行ない、契約します。

○納得のいかない場合は、契約しなくても構いません。

### (3) 介護サービス内容の確認

○あらかじめケアマネージャー等から連絡があったサービス提供日とサービス内容について、利用者確認します

### (4) サービス提供確認

○利用者は、決められた曜日に当事業所に来ていただき、サービスの提供を行ないます。

### (5) 利用者負担額（1割または2割または3割）の支払い

○事業所は、利用者へ提供したサービスの「請求書」と「明細書」を添付して、毎月お渡しします。1ヶ月を1日～月末までとし、翌月の10日前後にお渡しします。

○利用者は、請求書が送付された月の月末までに、銀行・郵便引落し、又は、現金でお支払いいただくか、又は振り込み等で支払いを行います。

\*原則として、支払いは「引き落とし」でお願いします。

## 9. 当事業所(デイサービス)の一日の主な流れ

時間	プログラム
8 : 30 12 : 30	送迎開始

9 : 3 0 1 3 : 3 0	健康チェック 入浴 個別プログラムやレクリエーション
1 2 : 0 0	昼食
1 2 : 3 0 1 5 : 3 0	個別プログラムやレクリエーション
1 2 : 4 0 1 5 : 4 0	送迎開始

## 10. 持参品(利用日当日にご用意していただくもの)

- ① 利用袋 (連絡ノートをお入れください)  
利用袋について貸与しますが、紛失された場合は、代替品のご準備をお願いいたします。
  - ② 薬 (服薬薬、塗り薬、点眼薬、湿布等必要な方)
  - ③ 着替え一式 (洗濯物はご家庭に持って帰っていただきます)
  - ④ バスタオル、タオル2枚、ビニール袋
  - ⑤ オムツ等個別に必要なもの (おむつ・パット類は最低2枚ご用意を)
  - ⑥ コップ (お茶等はこちらで用意します)
  - ⑦ その他各自が必要なもの
- ※お願い:衣類・持ち物には全てお名前をご記入ください

## 11. 健康状態の確認

入浴に支障があるような疾病 (心臓病・高血圧等) や感染症 (かいせん・MRSA等) がある場合には医師の診断書の提出、サービスの利用の中止のお願いをすることがあります。

## 12. 家族の見学について

ご連絡いただきましたら、随時受け付けを行います。

## 13. 契約の終了(解約)

- (1) 利用者は、当該事業所の契約の解除を希望する場合は、1週間前までに申告することで、契約の解除をすることができます。  
また、利用者の病変・急な入院などの事情がある場合も、解除することができます。
- (2) 事業所が、利用者に対してサービスの提供を終了する場合は、1カ月前までに、理由を示した文書で通知することで、サービスの提供を終了することができます。
- (3) 利用者は、次の理由により、直ちにサービスの提供を解除することができます。

- ①事業所が正当な理由なく、サービスを提供しない場合
- ②事業所が守秘義務・個人情報の保護に反した場合
- ③事業所が社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ⑦業所が破産した場合



(4) 次の事由に該当する場合、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) 事業者は、次の各号のいずれかに該当した場合には、利用者に対して、何らの催告を要することなく、この契約を解除することができます。

この場合、事業者は利用者の担当の居宅介護支援事業所に対し、この情報を提供します。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①利用者及びその家族、関係者から事業所従事者へ暴行、暴言、脅迫、その</li><li>②利用者またはその家族、関係者などが事業者サービス従事者に対して法令</li></ul> |
|---|

2) 事業者は、次の各号のいずれかに該当した場合、1か月前の書面による通知により、契約を解約することができます。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①事業規模の縮小や休廃止など、サービスの提供が困難となった場合</li><li>②利用者がサービスエリア対象外へ引越しするなど、やむを得ない事情によ</li><li>③利用者が病状等につき、故意に不実を告げたり、または、故意に告げなか</li><li>④利用者が2か月分のサービス利用料金を支払わず、事業者の書面による催</li></ul> |
|--|

(5) 自動的に終了する場合

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①利用者が病院・施設などに入院入所した場合</li><li>②利用者が要支援・要介護度認定の結果「非該当」（自立）と判定された場合</li><li>③利用者が死亡した場合</li><li>④その他～契約を解除せざる得ない状態になった場合</li></ul> |
|--|

#### 14.緊急時の対応／家族への連絡

利用者がサービス提供中に、急激な体調の変化等の緊急対応を要することがあった場合は、事前に伺った緊急連絡先等に従って、速やかに家族・主治医・関係者等に連絡します。

#### 15. 守秘義務・個人情報の保護

- ①サービスを提供する上で知り得た利用者の情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らしません。
- ②利用者や家族に関する個人情報が含まれている記録物に関しても適切な管理を行い、廃棄する際にも情報漏えいの防止に努めます

- ③ 「守秘義務の原則」とともに「個人情報の適正な取り扱い」の法令を遵守するためにマニュアルなどを作成し、個人情報の保護に努めます。
- ④ 利用者の生活向上をはかるために、当生協以外への個人情報を用いる必要性が生じた場合は、事前に利用者・家族に説明し、「同意書」等で確認を行います。ただし、同意が得られない場合は、サービスの調整や一体的なサービス提供ができないなどの支障が生じる場合があります。

## 16. 記録の保管・閲覧

サービス提供に関する記録は、法令の定めにより事業所が5年間保管します。なお、本人及び家族に限り、記録の閲覧および実費を支払っての複写（コピー）をすることができます。

## 17. 留意事項

### ① 持参品の制限

利用にあたり以下のものは原則として持ち込みをご遠慮ください

- 高額な現金及び貴重品、お菓子等のおやつ、生もの類は不可
- 補聴器、眼鏡、装身具などの持ち込みは事前にご相談下さい。

### ② 喫煙の注意

○ 施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

### ③ サービスの中止・中断

災害時等でサービスを中止・中断する場合があります。

○ 自然災害等（台風、大雨、洪水等）

○ 交通災害等（公共交通機関の不通、道路の破損、工事等）

## 18. 損害賠償

事業所に責任がある場合は、事業所が加入する共栄火災海上株式会社の損害賠償保険の範囲で責任を負います。また利用者側に故意又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斟酌して相当と認められる時には、損害賠償責任を減じることができるものとします

## 19. 虐待防止のための措置

1

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) 利用者の権利擁護を進める為に、成年後見制度の利用を支援

- (4) 虐待防止のための指針の整備
- (5) 虐待防止のための対策を検討する委員会の設置その他虐待防止のために必要な措置

## 2

事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとしします。

利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従事者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

虐待防止の責任者名	福祉事業部 統括	高岡奏子
虐待防止の担当者名	福祉事業部	小川利美

## 20. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様、時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 21. 感染症対策について

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) 従事者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね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。
- (4) 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
- (5) 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実施。

## 22. 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で

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を実施します。
- (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。

### 23. その他

契約書及び重要事項に定めのない事項については、介護保険法及び厚生労働省令等の法令の定めるところを遵守し、利用者と事業所は、誠意を持って協議の上、その解決に努めます。

### 24. 第三者評価による評価・実施状況

第三者評価による 評価・実施状況	1. あり	実施日
		評価機関名称
		結果の開示 1 あり 2 なし
	2. なし	

■以上、本書面にに基づき、重要事項を説明したことを証するため、本書を2通作成し、事業者より上記の重要事項について説明を受けました。

記入日時（契約日時）：西暦 年 月 日

私は、本書面にに基づいて事業所から重要事項の説明を受け、日常生活支援総合事業介護予防通所サービスの提供開始に同意しました。

<利用者氏名>

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、日常生活支援総合事業介護予防通所サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行します。

<代理人氏名>

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 契約者（利用者との関係）

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

<事業者名>

生活協同組合コープこうべ

<事業所名>

所在地：神戸市東灘区田中町2丁目9-10 ハイム本山1階

名称：コープは～とらんどすこやかデイ本山

説明者：\_\_\_\_\_