

生活協同組合コープこうべデイサービス百合が丘 重要事項説明書

～介護保険法に基づく地域密着型サービス「認知症対応型通所介護事業」～

■サービス提供窓口

事業所名	生活協同組合コープこうべ デイサービス百合が丘
電話番号	078-581-1272
担当者名	

1. 事業所概要

事業所名	生活協同組合コープこうべ デイサービス百合が丘		
所在地	〒651-1221 神戸市北区緑町2丁目3-13		
電話番号	078-581-1272		
FAX番号	078-581-6130		
センター長	竹原 良彦	管理者	坪内 すみえ
事業所番号	2895000236		
開設年月日	2015年4月1日(平成27年)		
サービス地域	神戸市北区の下記の地域 青葉台 泉台 大原 大脇台 小倉台 柏尾台 桂木北五葉 君影町 甲栄台 幸陽町 広陵町 杉尾台 鈴蘭台北町 鈴蘭台西町 鈴蘭台東町 鈴蘭台南町 星和台 谷上西町 谷上東町 筑紫が丘惣山町 鳴子 花山台 花山中尾台 花山東町 日の峰 松ヶ枝町 松宮台 緑町 南五葉山田町(神戸北町あんしんすこ やかセンターの圏域に限る) 若葉台		
サービス日	月曜～土曜(ただし、日曜日、毎年1月1日～3日は休日)		
サービス時間	午前9時～午後4時40分		
利用定員	1日 10名		

<認知症対応型デイサービスの目的>

介護保険法令に従い、利用いただく契約者(利用者)が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、その支援することを目的として、利用者に日常生活を営むため必要な共用施設等を利用し、いただき、認知症対応型通所介護サービスの提供を行います。

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～金 午前9時～午後6時 土曜日 午前9時～午後5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)
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、通所介護計画に基づき、利用者が居宅において日常生活を営むことが出来るよう、利用者の心身の状態や環境に応じて、必要な援助を行い、利用者の生活全般の向上をはかることを目的とします。
- (2) サービスの提供にあたって、地域との結びつきを重視し、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、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ます。
- (3) サービスの提供にあたって、利用者の必要なときに必要なサービスの提供が出来るよう努めるものとします。
- (4) 事業所は、介護保険法及び厚生労働省令等を遵守し事業を実施するものとします。

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・管理	1	0	1 男
生活相談員	ご利用者の日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います	1	1	2
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・助言を行います	1	4	5
看護職員	主にご利用者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います		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するための機能訓練を行います		2	2

※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認知症対応型通所介護サービス、②予防認知症対応型通所介護サービスのサービスを提供します。

(1) 介護保険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(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態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:700円:昼食のみの場合600円>
- ③ レクリエーション
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回利用毎に20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。(洗濯代:1回につき150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。

*「一定所得以上」の方については、自己負担が2割又は3割となります。

(1) 主な介護給付費 認知症対応型通所介護費 単独型

(基本単位7～8時間利用要介護1～5の方1回あたりの場合の目安)

要介護度／項目	基本報酬	処遇改善加算	介護報酬額	自己負担額
要介護1	994	180	12,514円	1252円
要介護2	1102	199	13,868円	1387円
要介護3	1210	219	15,233円	1524円
要介護4	1319	239	16,608円	1661円
要介護5	1427	258	17,962円	1797円
入浴介助加算	55		586円	59円
若年性認知症利用者受入加算	60		639円	64円
口腔機能向上加算	150		1599円	160円
科学的介護推進体制加算	40		426円	43円
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	22		234円	24円
昼食食事代(おやつ込)				700円
昼食食事代(おやつなし)				600円
朝食食事代				100円
衣類洗濯代				150円
レクリエーション代				20円
趣味活動等の材料費など				実費
紙おむつなど				実費

* 1割＝10%が利用者負担となります。

* 2割負担の方は、上記1割の2倍、3割負担の方は上記1割の3倍が目安になります。

* 上記金額には介護職員頭処遇改善加算分18.1%が含まれています。

* この金額は、介護給付単位数に地域区分(4級地 10.66)を乗じたものです。

* 入浴介助加算・サービス提供体制強化加算については1回あたりの金額となります。

* 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(700円)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)

(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。

訪問日の前日の17時半までに連絡があった場合	無料
訪問日の17時半以降及び当日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、利用者に確認します。

(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割又は2割又は3割)の支払い

○事業所は、利用者に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・郵便引落とし、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	送迎開始
9 : 30	健康チェック 入浴 個別プログラムやレクリエーション

12:00	昼食
13:30	個別プログラムやレクリエーション
15:00	おやつ
16:40	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)

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 利用袋 (連絡ノートをお入れください) 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 歯ブラシセット 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 上靴 (転倒の危険性がありますのでスリッパはご遠慮ください) ⑦ ひげそり (必要な方) ⑧ その他各自が必要なもの <p>※お願い:衣類・持ち物には全てお名前をご記入ください</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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・MRS A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場合があります。

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。

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> 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 ④ 事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。

- 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、その他の暴力行為があった場合
- 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に違反する要求や行為、また本契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合

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。

- 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
- ②利用者がサービスエリア対象外へ引越すなど、やむを得ない事情により自らサービスの提供が困難になった場合
- ③利用者が病状等につき、故意に不実を告げたり、または、故意に告げなかったりしたことが判明し、このため介護方法を大きく変更しなければならなくなる等、円滑にサービスを提供できなくなった場合
- 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告によっても、不払いが解消されないとき

(5) 自動的に終了する場合

- ①利用者が病院・施設などに入院入所した場合
- 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
- ③利用者が死亡した場合
- ④その他～契約を解除せざる得ない状態になった場合

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) 虐待および身体的拘束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) 従業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に実施

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訪問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。

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、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定地域密着型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、指定地域密着型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

<事業所氏名>

所在地：神戸市北区緑町二丁目3-13

名 称：生活協同組合コープこうべデイサービス百合が丘

説明者： _____