

指定介護予防型通所サービス重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防型通所サービスについて、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、「大阪市通所型サービス(第1号通所事業)の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成29年4月1日）」の規定に基づき、指定介護予防型通所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 指定介護予防型通所サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 嘉誠会
代表者氏名	理事長 山本 真澄
法人所在地 (連絡先及び電話番号等)	〒546-0013 大阪市東住吉区湯里2丁目5番8号 法人本部 電話 06-6704-2971 FAX 06-6704-2974
法人設立年月日	平成9年12月19日

2 利用者に対する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	デイサービスセンターヴァンサンク
介護保険指定事業者番号	2770800254
事業所所在地 連絡先電話番号 相談担当者(生活相談員)	大阪市東住吉区湯里2丁目5番8号 電話 06-4302-3151・FAX 06-6704-2974 梶原 知代・大槻 将也・西谷 孝弘・赤松 剛志
事業所の通常の事業実施地域	大阪市 東住吉区、平野区、阿倍野区、住吉区
利用定員	通所介護者を含め1日 35人

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会福祉法人嘉誠会が開設する指定介護予防型通所サービス事業所が行う指定通所介護の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師等の看護職員、介護職員、機能訓練指導員が、要支援状態にある高齢者等に対し、適正な指定介護予防型通所サービス事業を提供することを目的とする。
-------	---

運営の方針	通所介護従業者は、要支援状態の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその自宅において、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、さらに利用者の社会的孤独感の解消及び心身の機能維持ならびにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。
-------	--

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで但し、12月29日から1月3日は除く
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から土曜日まで 但し、12月29日から1月3日は除く。
サービス提供時間	午前8時45分から午後4時00分まで

(5) 事業所の職員体制

管理者	施設長 大槻 将也
-----	-----------

職	職務内容	人員数
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 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ます。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、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介護予防型通所サービス計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ介護予防型通所サービス計画を交付します。 5 指定介護予防型通所サービスの実施状況の把握及び介護予防型通所サービス計画の変更を行います。	常勤 1名
生活相談員	1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、介護予防型通所サービス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。	常勤 4名
看護師・准看護師(看護職員)	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	非常勤 5名

介護職員	1 介護予防型通所サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常 勤 6 名 非常勤 2 名
機能訓練指導員	1 介護予防型通所サービス計画に基づき、その利用者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。	常 勤 1 名
事務職員	1 第1号事業支給費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常 勤 1 名

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

区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容	
介護予防型通所サービス計画の作成等	<p>1 利用者に係る介護予防支援事業者等が作成した介護予防型通所サービス計画（ケアプラン）等に基づき、利用者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介護予防型通所サービス計画を作成します。</p> <p>2 介護予防型通所サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。また、計画を作成した際は、利用者に交付します。</p> <p>3 指定介護予防型通所サービスの提供に当たっては、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明します。</p> <p>4 指定介護予防型通所サービスの事業者は、計画に基づくサービス提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状況やサービスの提供状況について、介護予防サービス計画等を作成した介護予防支援事業者等に報告します。</p> <p>5 介護予防型通所サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防型通所サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防型通所サービス計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。</p> <p>6 上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防型通所サービス計画の変更を行います。</p>	
利用者居宅への送迎	事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。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	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者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。

	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、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。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者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	介助が必要な利用者に対して、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	運動器機能向上サービス	利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等資格を有する機能訓練指導員を1名以上配置しサービス提供を利用者ごとに行います。
	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、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 (利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。)	口腔機能向上 注) 1	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。 (原則として利用開始から3か月以内まで)

注) 1 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスをうけることができます。

(2) 介護予防型通所介護サービス従業者の禁止行為

介護予防型通所サービス従業者はサービスの提供に当たって、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 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者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 その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 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

サービス提供区分 事業対象者・要支援 1		介護予防型通所サービス費（Ⅰ） 週 1 回程度の利用が必要な場合（単位数 1,798）			
		利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
通常の場合	基本	19,274 円/月	1,928 円/月	3,855 円/月	5,783 円/月
日割りとなる場合	基本	632 円/日	64 円/月	127 円/月	190 円/月
サービス提供区分 事業対象者・要支援 2		介護予防型通所サービス費（Ⅰ） 週 1 回程度の利用が必要な場合（単位数 1,798）			
		利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
通常の場合	基本	19,274 円/月	1,928 円/月	3,855 円/月	5,783 円/月
日割りとなる場合	基本	632 円/日	64 円/月	127 円/月	190 円/月
サービス提供区分 事業対象者・要支援 2		介護予防型通所サービス費（Ⅱ） 週 2 回程度の利用が必要な場合（単位数 3,621）			
		利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
通常の場合	基本	38,817 円/月	3,882 円/月	7,764 円/月	11,646 円/月
日割りとなる場合	基本	1,275 円/日	128 円/月	255 円/月	383 円/月

※ 算定は月単位ですが、下記の場合（ ）内の日をもって日割り計算を行います。

- ・ 月途中からサービス利用を開始した場合（契約日）
- ・ 月途中でサービス利用を終了した場合（契約解除日）
- ・ 月途中に要介護から要支援に変更になった場合（変更日）
- ・ 月途中に要支援から要介護に変更になった場合（変更日）
- ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合（変更日）

加 算 ※ 要支援度による区分なし		利用料	利 用 者 負 担 額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
口腔機能向上加算Ⅱ (160 単位)		1,715 円/月	172 円/月	343 円/月	515 円/月
科学的介護推進体制加算 (40 単位)		428 円/月	43 円/月	86 円/月	129 円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数 (所定単位数) の 92/1000 (1月に1回) 上記の1割、2割、3割負担			
加 算 ※ 要支援度による区分あり		利用料	利 用 者 負 担 額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	要支援 1、2 (週 1 回程度)	(88 単位) 943 円/月	95 円/月	189 円/月	283 円/月
	要支援 2 (週 2 回程度)	(176 単位) 1,886 円/月	189 円/月	378 円/月	566 円/月

- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び介護予防型通所サービス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（又は翌々月）の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。
- ※ 居宅と事業所との間の送迎を行わない場合は、片道 503 円（利用者負担 51 円）減額されます。
- ※ 感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算します。
ただし、令和 7 年 3 月 31 日までの間、感染症の予防及び蔓延防止の為の指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には減算を適用しない。
- ※ 虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を決めること）が講じられていない場合、所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算します。

◎ 1 単位 = 10.72 円で計算しています。

4 その他の費用について

① 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させていただきます。													
<ul style="list-style-type: none"> ・ 提供日の前日午後 5 時まで、当センターに欠席のご連絡があった場合。キャンセル料は不要です。 ※提供日が月曜日の方は、土曜日の午後 3 時までにご連絡をお願いします。 ・ 提供日の前日午後 5 時まで、当センターに欠席のご連絡がなかった場合 1 提供あたりの食費 700 円を請求いたします。 <p>※ただし、利用者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。</p>													
② 食事の提供に要する費用	1 食あたり（おやつ含む） 700 円												
③ おむつ代	<table border="1"> <tr> <td>はくパンツ</td> <td>1 枚</td> <td>100 円</td> </tr> <tr> <td>立体パンツ型おむつ（マジックテープ付）</td> <td>1 枚</td> <td>100 円</td> </tr> <tr> <td>フラット型 おむつ</td> <td>1 枚</td> <td>30 円</td> </tr> <tr> <td>尿とりパット</td> <td>1 枚</td> <td>20 円</td> </tr> </table>	はくパンツ	1 枚	100 円	立体パンツ型おむつ（マジックテープ付）	1 枚	100 円	フラット型 おむつ	1 枚	30 円	尿とりパット	1 枚	20 円
はくパンツ	1 枚	100 円											
立体パンツ型おむつ（マジックテープ付）	1 枚	100 円											
フラット型 おむつ	1 枚	30 円											
尿とりパット	1 枚	20 円											
④ 日常品費	実 費												
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。												
⑥ 交通費	利用者居宅が通常の事業実施地域以外の場合交通費を請求いたします。												

6 サービスの提供にあたって

- (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（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者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、介護予防支援等が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防型通所サービス計画(ケアプラン)」等に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防通所介護計画」を作成します。なお、作成した「介護予防型通所サービス計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「介護予防型通所サービス計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防型通所サービス計画」は、利用者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。
- (5) 介護予防型通所サービス従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

7 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	施設長 大槻 将也
虐待防止に関する担当者	主任 梶原 知代

- (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) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成します。

8 身体拘束について

事業者は、原則として利用者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、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考えられるときは、利用者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。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 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します。
- (2) 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します。
- (3) 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。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 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利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ 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>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族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>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者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、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族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利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族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>③ 事業者が管理する情報については、利用者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、追加また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利用者の負担となります。）</p>

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者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、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【ご家族様緊急連絡先】

氏名	
続柄	
住所	
電話番号 (勤務先及び携帯)	

【主治医】

氏名	
所属医療機関名称	
所在地	
電話番号	

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防通所サービス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。

大阪市福祉局 高齢施策部 介護保険課(指定・指導グループ)		大阪市中央区船場中央3丁目1番7-331 電話 06-6241-6310
居宅介護 支援事業所	事業所名	
	所在地	
	電話番号	
	担当介護支援専門員	

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
保障の概要	施設でのサービス提供時における事故等 福祉事業に関わる損害賠償リスクを総合的に補償

1.2 心身の状況の把握

指定介護予防型通所サービスの提供に当たっては、介護予防支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、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るものとします。

1.3 介護予防支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防型通所サービスの提供に当たり、介護予防支援事業者及び保健医療サービスまた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「介護予防型通所サービス計画」の写しを利用者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また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また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。

1.4 サービス提供の記録

- ① 指定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 利用者は、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。

1.5 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症にかかる業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的に（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動ができるよう、訓練を実施します。

1.6 非常災害対策と災害による営業休止・対応方法について

- 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。

災害対策に関する担当者(防火管理者) 施設長 大槻 将也

- 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。
避難訓練実施時期（毎年5月・11月）
- ④ 運営（営業）を休止する判断基準・利用時の対応

台風発生時 暴風雨・竜巻	「暴風警報発令」かつ「暴風による近鉄南大阪線 停止」また、状況により運営が危険と判断した場合は中止する場合がございます。
-----------------	--

地震発生時	<p>「震度 5 以上」かつ「地震による近鉄南大阪線 停止」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 送迎時ご自宅到着前：送迎を中止し、運営を中止致します。 ・ 施設滞在時：余震がおさまりましたら施設近くの避難所（南百済小学校）へ誘導します。 <p>※ 職員は誘導後、避難所には留まらず自施設に戻ります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 送迎同乗時：車両を停止し、近くの避難所に誘導します。 <p>※ 災害伝言ダイヤルにて場所を録音致しますので、そちらで確認をお願いします。その際も職員は誘導後、避難所には留まらず自施設に戻ります。</p>
-------	---

1 7 衛生管理等

- (1) 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設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
 - ① 指定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。

1 8 指定介護予防型通所サービス内容の見積もりについて

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) 提供予定の指定介護予防型通所サービスの内容と利用料
(介護保険を適用する場合)

利用曜日		介護保険負担割合	割負担
提供時間		送 迎	有 ・ 無
入 浴	有 ・ 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 送迎がされなかった場合片道につき 47 単位減算致します。 ・ 事業所が送迎を行わない場合については、週 1 回程度の場合は 1 月につき 376 単位 週 2 回程度の場合は 1 月につき 752 単位を限度として所定単位数から減算します。 	
食事提供	有 ・ 無		
口腔機能向上加算	有 ・ 無		
サービス提供体制加算 I 科学的介護推進体制加算 介護職員特定処遇改善加算 I	算定有		

- (2) その他の費用

① 送迎費の有無	重要事項説明書 4 - ① 記載のとおりです。
② キャンセル料	重要事項説明書 4 - ② 記載のとおりです。
③ 食事の提供に要する費用	重要事項説明書 4 - ③ 記載のとおりです。
④ おむつ代	重要事項説明書 4 - ④ 記載のとおりです。
⑤ 日常生活費	重要事項説明書 4 - ⑤ 記載のとおりです。

- (3) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）と、その他の費用の合計）の目安

お支払いの額の目安	円（月 回利用として）
-----------	-------------

※ 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ヵ月以内とします。

19 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定介護予防型通所サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- 窓口で受けた苦情については、受付した担当者が処理ノートに「概要、処理結果」を記載する。その場で対応可能なものであっても、必ず責任者に連絡をして、処理内容を決定し、利用者に伝達する。
- 上記によっても苦情処理を行えない場合については、本会内で会議を行ない決定する。また、必要に応じて、弁護士等に相談し決定する。
- 利用者に対してサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償について検討する。
- 苦情内容によっては行政窓口を紹介する。

(2) 苦情申立の窓口

<p>【事業者の窓口】 デイサービスセンターヴァンサンク 大槻 将也（管理者） 梶原 知代（主任）</p>	<p>所在地：〒546-0013 大阪市東住吉区湯里2丁目5番8号 電話番号：06-4302-3151 F A X：06-6704-2974 受付時間：午前9時～午後5時</p>
<p>【区役所（保険者）の窓口】 東住吉区保健福祉センター 地域福祉課介護保険係</p>	<p>所在地：〒546-0032 大阪市東住吉区東田辺1丁目13番4号 電話番号：06-4399-9859 F A X：06-6629-4533 受付時間：午前9時～午後5時30分</p>
<p>【区役所（保険者）の窓口】 平野区保険福祉センター 地域福祉課介護保険係</p>	<p>所在地：〒547-0034 大阪市平野区背戸口3丁目8番19号 電話番号：06-4302-9859 F A X：06-6700-0190 受付時間：午前9時～午後5時30分</p>
<p>【区役所（保険者）の窓口】 阿倍野区保健福祉センター 地域福祉課介護保険係</p>	<p>所在地：〒545-0004 大阪市阿倍野区文の里1丁目1番40号 電話番号：06-6622-9859 F A X：06-6621-1412 受付時間：午前9時～午後5時30分</p>

【区役所（保険者）の窓口】 住吉区保健福祉センター 地域福祉課介護保険係	所在地：〒558-0041 大阪市住吉区3丁目15番55号 電話番号：06-6694-9859 F A X：06-6621-1412 受付時間：午前9時～午後5時30分
【大阪市の窓口】 大阪市福祉局 高齢者施策部介護保険課 （指導・指定グループ）	所在地：〒541-0055 大阪市中央区船場中央3丁目1番7-331 船場センタービル7号館3階 電話番号：06-6241-6310 F A X：06-6241-6608 受付時間：午前9時～午後5時30分
【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 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通FNビル 電話番号：06-6949-5418 F A X：06-6949-5417 受付時間：午前9時～午後5時

20 サービス利用にあたっての禁止行為

当施設は、入所者又はご家族から職員に対する以下の行為が明らかとなった場合には、利用契約を終了することがあります。

- (1) 当施設職員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシュアルハラスメントなどの行為。
- (3) 当施設職員の身体及び財物の損傷、又は損壊する行為。

【禁止行為の具体的な例】

※ 疾病等に起因するものを除く

暴力又は乱暴な言動	物を投げる・刃物を向ける、服を引っ張る又は引きちぎる、手を払いのける・怒鳴る、奇声、大声を発するなど
セクシャルハラスメント	職員の身体を触る、手を握る・腕を引っ張るなどして抱きしめる・女性のヌード写真を見せるなど
その他	職員の自宅住所や電話番号を、何度も聞く・ストーカー行為など

21 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	現時点実施無し
-------	---------

22 同意書について

9-(2)の同意書について、デイサービスセンターヴァンサンクが通所介護事業を実施するに当たり、事業実施に必要な、私及び私の家族に関する個人情報について、必要最小限の範囲において、サービス担当者会議等に用いることに同意致します。

23 この重要事項説明書の概要等については、当該事業祖の見やすい場所に掲示するとともに、当該事業所のウェブサイト（法人ホームページ）へも記載します。

2.4 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	令和	年	月	日
-----------------	----	---	---	---

上記内容について、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生省令第 35 号）」第 8 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪市東住吉区湯里 2 丁目 5 番 8 号		
	法人名	社会福祉法人嘉誠会		
	代表者名	理事長 山本真澄	印	
	事業所名	デイサービスセンターヴァンサンク		
	説明者氏名			印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所			
	氏名			印

上記署名は、_____ 続柄() が代行しました。

代理人	住所			
	氏名			印

今後、厚生労働省の公示に伴う介護保険制度の改正につきましては、その都度変更内容のお知らせをもって同意書を省略させていただきます。何卒、ご理解を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。