

指定通所介護
介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業
契約書別紙兼重要事項説明書

◇◆目次◆◇

1. 指定通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業サービスを提供する事業者について・・・	2
2. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について・・・・・・・・・・・・・・・・	2
3. 提供するサービスの内容および費用について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
4. その他の費用について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
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および支払方法について・・・・・・・・・・・・・・・・	4
6. サービスの提供にあたって・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
7. サービス提供の記録について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
8. 秘密保持と個人情報の保護について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
9. 虐待の防止について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
10. 身体拘束について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	6
11. 緊急時の対応方法について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	6
12. 事故発生時の対応方法について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	6
13. 災害時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	6
14. サービス提供に関する相談、苦情について・・・・・・・・・・・・・・・・	6
15. 第三者評価の実施について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	6
16. 損害賠償について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	7
17. サービスの利用に関する留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・	7

Vr. 20250601

サンヨーホームズコミュニティ株式会社

健康サロン サンアドバンス緑ヶ丘

この「重要事項説明書」は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備および運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条・「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備およ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効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号）」第 8 条の規定に基づき、指定通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業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	サンヨーホームズコミュニティ株式会社
代表者氏名	代表取締役 小山 明
本社所在地 (連絡先および電話番号等)	大阪市西区西本町一丁目 4 番 1 号 Tel 06-6578-3465
法人設立年月日	平成 20 年 10 月 9 日

2 利用者に対しての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	健康サロン サンアドバンス緑ヶ丘
介護保険指定 事業者番号	指定通所介護事業所・平成 28 年 4 月 1 日指定 事業者番号 大阪府豊中市指定 第 2774007864 号
事業所所在地	大阪府豊中市北緑丘一丁目 4 番 7 号
連絡先	【TEL】 06-7506-3450 【FAX】 06-7493-1627
事業所管理者名	大野 加寿子
通常の事業実施地域	大阪府豊中市、箕面市（一部）、吹田市（一部）
利用定員	70 人(1 単位目 35 人、2 単位目 35 人)

(2) 事業の目的および運営の方針

事業の目的	サンヨーホームズコミュニティ株式会社が設置する 健康サロン サンアドバンス緑ヶ丘において、介護保険法令に従い、可能な限り居宅において、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並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および機能訓練等の介護その他必要な援助を行います
運営の方針	サンヨーホームズグループは「For the best life」をコーポレートスローガンに、お客様の“住生活”のあらゆるサポートを行う会社でありたいと考えています。住宅を知る私たちだからこそ、単に家族の負担を軽減するためだけではなく、ご自身のより充実した住生活に向け“暮らしの質の向上(アドバンス)”を目的としております。ひとり一人の方と向き合い、そして共に学びながら、家族の笑顔と明るい地域づくりに寄与する健康拠点を目指してゆきます。

(3) 事業所窓口の営業日および営業時間

営業日	月曜日 ～ 金曜日（祝祭日は営業） 年末年始 12/29～1/4 はお休みとさせていただきます。
営業時間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分
サービス提供時間	【1 単位目】 午前 9 時 10 分 ～ 午後 0 時 20 分 【2 単位目】 午後 1 時 30 分 ～ 午後 4 時 40 分

(4) 事業所の職員体制

職 種	業 務 内 容	人 員 数
管 理 者 相談員と 兼務	従業者の管理およ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。 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。 通所介護(介護予防)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。 通所介護の実施状況把握および通所介護(介護予防)計画の変更を行います。	常勤 1 名
生活相談員 介護職員 と兼務	それぞれの利用者について、通所介護(介護予防)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、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、生活指導および日常生活上の介護に関する相談および援助などを行います。	常勤 1 名
介護職員	通所介護(介護予防)計画に基づき、必要な日常生活上の世話および介護を行います。	常勤 6 名
機能訓練指導員	通所介護(介護予防)計画に基づき、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 2 名
看護職員 機能訓練指導員と 兼務	サービス提供の前後・提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 通所介護(介護予防)計画に基づき、その利用者が可能な限り居宅において、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、相談や看護を行います。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。	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

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
状態の観察	血圧・脈拍・体温の測定や全身状態の観察など行います。
機 能 訓 練	自己効力感の向上を目標に筋力、バランス機能および柔軟性の向上を図ります。
介 護 指 導	日常生活および介護において困っていることに対して助言や指導を行います。

(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

		ご利用単位数				4 回/月利用した場合			
介護度	基本サービス (3～4 時間)	サービス提供 体制加算Ⅰ	個別機能訓練 Ⅰ・Ⅱ	口腔機能向上 加算	科学的介護 体制加算	合計単位数 4 回/月	利用料 (1 月あたり)	自己負担 (1 割の場合)	自己負担 4 回/月
要介護 1	370	22 単位 1 回	Ⅰ 口 : 76 /日 Ⅱ : 20 /月	160 2 回まで/月 320 単位	40 単位 /月	2459 単位	25,920 円	2,592 円	円
要介護 2	423					2691 単位	28,360 円	2,836 円	円
要介護 3	479					2935 単位	30,938 円	3,094 円	円
要介護 4	533					3171 単位	33,424 円	3,342 円	円
要介護 5	588					3411 単位	35,956 円	3,596 円	円
介護度 定額制	基本サービス 定額制	サービス提供 体制加算Ⅰ	口腔機能向上加算		科学的介護 体制加算	合計	利用料 (月額)	自己負担 (1 割の場合)	自己負担 月
要支援 1	1,798	88 単位	160 単位		40 単位 /月	2278 単位	24,009 円	2,401 円	円
要支援 2	3,621	176 単位				4365 単位	46,004 円	4,600 円	円
介護度 1 回制	基本サービス 定額制	サービス提供 体制加算	口腔機能向上加算		科学的介護 体制加算	合計	利用料 (月額)	自己負担 (1 割の場合)	自己負担 4 回/月
要支援 1	436 単位	88 単位	160 単位		40 単位 /月	791 単位	8,837 円	884 円	円
要支援 2	447 単位	176 単位				899 単位	9,475 円	948 円	円

上記合計単位には処遇改善加算 9.2%を含みます。

1 単位につき 10.54 円となります。

※算定上数円の誤差が生じる場合があります。

- ☆ 利用者が要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただき、要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更に合わせて、利用者の負担額を変更します。
- ☆ 経済状況の著しい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。その場合変更の内容と変更する事由について、事前にご説明します。

4 その他の費用について

送迎費	通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、5km 毎に 500 円を徴収いたします。	
キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、利用予定日の前日までにご連絡ください。利用予定日の前日までに申し出がなく、当日利用開始時(9:00または13:30)以降になって利用の中止の申し出をされた場合、下記によりキャンセル料を請求させていただくことがあります。	
	利用予定前日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	利用予定当日の午前 9:00 を越えてのご連絡の場合	500 円
※但し、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。		
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1 回につき 50～150 円の実費をいただきます。	
実 費	ドリンク代として通所 1 回につき 100 円をご負担いただきます。	

- 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および支払い方法について
サービスの料金は、1 ケ月ごとに計算し、翌月 15 日までにご請求いたします。その後、利用者指定の口座より翌月 27 日に引き落としいたします。(但し、27 日が金融機関休業日の場合は翌営業日となります。)
引き落としが確認できましたら、領収書を発行いたします。なお、領収書の再発行は行いませんので、大切に保管してください。
※利用料、その他費用の支払いについて、支払期日から 2 ケ月以上経過し、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は、契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただきます。

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、要介護・要支援認定の有無および要介護(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所にお知らせください。
- (2) 利用者に係る居宅介護(介護予防)支援事業者が作成する「居宅サービス計画(ケアプラン)」に基づき、利用者および家族の意向を踏まえて、「通所介護(介護予防)計画」を作成します。なお、作成した「通所介護(介護予防)計画」は、利用者または家族にその内容を説明いたしますので、ご確認くださいようお願いします。

7 サービス提供の記録について

サービス提供者はサービス提供に関する記録を整備し、契約終了日から 5 年間保管いたします。
また、記録物の閲覧および複写物の交付については、利用者本人および利用者代理人に限らせていただきます。
なお、閲覧および複写は事業者の業務に支障のない時間に限らせていただくものとします。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者およびその家族に関する秘密の保持について	◆ 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」およ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ます。 ◆ 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およ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。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。 ◆ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間および従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約内容としています。
個人情報の保護について	◆ 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。 ◆ 事業者は、利用者およ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。 (1) 使用する目的 ① 事業所が介護保険法に関する法令に基づき、サービス提供を円滑に実施するため、居宅介護支援事業者等に情報提供を行う場合。 ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表する場合等。 なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守いたします。 (2) 使用に当たっての条件 ① 個人情報の提供は、上記(1)に記載する目的の範囲内で必要最低限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。 ② 事業所は、個人情報を使用した会議、参加者、内容等を記録します。 (3) 個人情報の内容(例示) ① 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、サービスを提供するために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報 ② 認定調査票(項目および特記事項)、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見(認定結果通知書) ③ その他の情報

9 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	大野 加寿子
-------------	--------

(2) 苦情解決体制を整備しています。

(3) 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。

10 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、次に掲げることにより留意して、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、理由および対応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。

11 認知症の研修について

事業者はすべての通所介護従業者に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。また、従業者の資質向上のために研修の実施をしています。

12 事業継続計画について

事業所は、感染症や非常災害時の発生時において、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早期の事業再開を図るための計画（以下「事業継続計画」という）を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 従業者に対し事業継続計画の周知と研修及び訓練を定期的に行っています。
- (2) 定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行うものとします。

13 感染症の予防及びまん延の防止について

事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように指針を整備し必要な措置を講じます。

- (1) 従業者に対し感染症の予防及びまん延の防止のための計画の周知と研修及び訓練を定期的に行っています。
- (2) 定期的に感染症の予防及びまん延の防止のための計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行うものとします。

14 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者の急変等の緊急事態が発生した場合は、「緊急時対応のマニュアル」に沿って対応いたします。意識喪失・大量出血のある場合、救急搬送後、主治医に連絡となります。その際に必要な緊急連絡先を別紙にてご指定ください。なお、夜間および営業時間外の緊急事態におきましては、対応しかねますのでご了承ください。

15 事故発生時の対応方法について

事故が発生した場合には、速やかに保険者、利用者の家族および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、当該事故の状況および事故に際して実施した処置について明確に記録し、この記録は、5年間保存します。

16 災害時の対応について

天災地変（地震・台風・大雪・警報時）等やむを得ない事情によりサービス提供ができない場合は、サービスを中止させていただく場合があります。その際は当日午前9時までにご連絡させていただきます。

- (1) 非常災害時に備えて、消防計画、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等についての責任を定め、年1回定期的に避難訓練を行います。
- (2) 前項に規定する訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

17 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情の受付	【担当者】 管理者 大野加寿子 / 生活相談員 山口綾子 【電話番号】 06-7506-3450 【FAX 番号】 06-7493-1627 【受付時間】 9:00~17:00 (月曜日~金曜日)
---------------	---

(2) 行政機関その他苦情受付機関

豊中市福祉部 長寿社会政策課	【所在地】 豊中市中桜塚3-1-1 豊中市役所第二庁舎3階 【電話番号】 06-6858-2837 【FAX 番号】 06-6858-3146 【受付時間】 9:00~17:00 (月曜日~金曜日)
大阪府国民健康保険 団体連合会	【所在地】 大阪府中央区常磐町1-3-8 中央大通FNビル内 【電話番号】 06-6949-5418 【受付時間】 9:00~17:00 (月曜日~金曜日)
箕面市市民部介護・福祉医療課 介護保険担当	【所在地】 箕面市西小路4-6-1 【電話番号】 072-724-6860 【FAX 番号】 072-724-6040 【受付時間】 8:45~17:15 (月曜日~金曜日)

18 提供するサービスの第三者評価の実施状況・・・なし

19 損害賠償について

通所介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、その事故により利用者に損害が発生した場合は、事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者に故意または過失がない場合はこの限りではありません。

また、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

20 サービスの利用に関する留意事項

- 当事業所は禁煙となっております。事業所内には喫煙所を設けておりません。
禁煙にご理解ご協力いただきますようお願いいたします。
- 当事業所内における携帯電話の使用は他の利用者へご迷惑がかからないようお願いします。
- 連絡事項について、利用者より希望の申し出があった場合には、利用者に連絡する内容と同様の連絡を家族等に対して行います。
- 利用時の持ち物に関しましては、必ず靴下、上履きのご用意をよろしくお願い致します。
又、カバンには名札の取付、各持ち物には名前の記入をお願いします。
- 職員への贈り物や飲食物の持ち込みは禁止いたしておりますのでご了承ください。
- 高額のお金は持参しないで下さい。
- 金品の紛失・利用者同士の貸借は一切責任を負えません。
- 長期間休まれた後のご利用日は以前と曜日や送迎時間が異なる場合があります、状況によっては利用をお待ち頂く場合がございます。
- 1ヶ月以上休みが続いた場合には、ご連絡させていただき契約を継続するかどうかの確認をさせていただきます。継続が困難と判断した場合は、契約終了とさせていただきますのでご了承ください。
- 疾病や長期休み後の利用再開時は診療情報提供書(必要に応じプログラム参加同意書)を再提出していただく場合がございます。
- 連絡のないまま利用中止されますと登録を抹消させて頂くことになります。
- 送迎車のドアの開閉は職員が行いますのでご自身でされないようお願いいたします。
- 送迎のグループ分けや、順序、ルートはこちらで決定させていただきますので御了承下さい。

- (14) 交通事情や利用者の増加等により送迎時間が多少異なることがあります。又、送迎車の運転に関しては細心の注意をはらいますが、急ブレーキ等避けられない事故が起こる可能性もあります。
- (15) 送迎のご希望が無い場合、当事業所から出られた時点でサービスの提供は終了しておりますので事故、転倒やその他の出来事に関しましての責任は負いかねますので御了承ください。
- (16) 利用者の代行業務(買い物等)はできません。
- (17) 職員は細心の注意を払って介助しますが、予測し得ない事故(転倒、転落、裂傷など)が起こり得る場合があります。
- (18) 所持品等について
- ・連絡帳(初回利用時にお渡し致します)
 - ・スニーカー、介護シューズ、履きなれた靴をご持参下さい。
- ※スリッパ等は運動に適しておりませんのでご遠慮下さい。

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

当事業所は、指定通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	大阪市西区西本町一丁目4番1号
	事業所名	サンヨーホームズコミュニティ株式会社
	役職名	代表取締役 小山 明

事業所	所在地	大阪府豊中市北緑丘一丁目4番7号
	事業所名	健康サロン サンアドバンス緑ヶ丘
	役職名	管 理 者
	説明者氏名	大 野 加 寿 子

私は本書面に基づいて当事業所から重要事項の説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。
また、私およびその家族の個人情報については、必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

利 用 者	住 所	
	氏 名	

利用者代理人 (代筆の場合)	住 所	
	氏 名	
	続 柄	

