

介 護 予 防
日常生活支援総合事業
第1号通所事業(介護予防通所介護相当)
重要事項説明書

株式会社 アイ・シビル

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業

(介護予防通所介護相当) 重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

事業者名称	株式会社 アイ・シビル
代表者氏名	代表取締役 高垣 陽一
本社所在地	〒564-0063 吹田市江坂町1丁目6番6号
連絡先	TEL 06-6338-3833 FAX 06-6338-3041

2 ご利用事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	あい・シビル	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
指定年月日	平成16年5月1日	
事業所番号	2771400849	
事業所所在地	〒562-0044 箕面市半町2丁目12番22号	
連絡先	TEL 072-720-5227 FAX 072-734-7886	
相談担当者	管理者：阪本あゆみ 相談員：岡本さなえ・砂川裕隆・渡部登喜子	
通常の事業実施地域	箕面市・池田市	
実施単位・利用定員	1単位	1階：27名

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	事業対象者又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自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及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できるよう、日常生活支援総合事業サービスを提供することを目的とします。
運営方針	<p>1 本事業所が実施する事業は、心身の特性や家庭環境を踏まえ、利用者が可能な限りその居宅において、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、またその家族の身体的、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います。</p> <p>2 利用者の事業対象者・要支援状態の軽減若しくは悪化の防止、又は要介護状態とならないための予防に資するようその目標を設定し計画的に行います。</p> <p>3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</p> <p>4 事業の実施に当たっては、関係する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービス事業者との綿密な連携に努めます。</p> <p>5 事業の提供終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報提供を行います。</p> <p>6 前5項のほか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、適切なサービスの提供に努めます。</p> <p>7 現在、第三者評価は受審していません。</p>

(3) 営業日及びサービス提供時間

営業日（サービス提供日）	月曜日～土曜日（祝日営業）	
営業時間	午前8時30分～午後5時30分	
サービス提供時間	午前10時15分～午後3時30分	
休日	定休日	日曜日
	夏期	8月13日～8月15日
	年末年始	12月29日～1月3日

(4) 事業所の職員体制

管理者	阪本 あゆみ
-----	--------

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者		1名	0名	1名
生活相談員	社会福祉士	0名	0名	0名
	介護福祉士	3名	0名	3名
機能訓練指導員	看護師	0名	3名	3名
	准看護師	0名	1名	1名
事務職員		0名	1名	1名
職員	看護師	0名	3名	3名
	准看護師	0名	1名	1名
	社会福祉士	0名	0名	0名
	介護福祉士	4名	2名	6名
	初任者研修修了者	1名	3名	4名

(5) 設備の概要

1F	1F 定員	27名	車椅子対応便所	3室
	食堂兼機能訓練室	1室 87.5㎡	静養室	2室2床
	送迎車	7台	相談室	1室
	浴室	3槽（機械浴1） （シャワー浴1）		

(6) 提供サービスの基本内容

- ① 送迎…安全第一を心がけ、車椅子対応の専用車にてお迎え
- ② 食事…手作りの家庭料理をコンセプトに高血圧症・糖尿病にも対応
- ③ 入浴…ヘルパー対応による入浴介助で心身ともにリフレッシュ
- ④ 機能訓練…リハビリテーションを兼ね体操及び器具を使用し、心身機能の維持
- ⑤ 生活相談…利用者及び御家族の介護、生活等に関する相談、助言
- ⑥ レクリエーション…リハビリを意識したゲームの取り入れ・趣味を生かした活動
- ⑦ 口腔機能向上…食前に口腔体操・発声練習、食後の歯磨きを習慣化

(7) 従業者の禁止行為

事業者の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 利用者又は家族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

3 料金

(1) 提供するサービスの内容と利用料

【基本：ひと月あたり】＊ひと月の利用が4回以上（概ね週1回）

	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	18,950円	1,895円	3,790円	5,685円

【基本：ひと月あたり】＊ひと月の利用が8回以上（概ね週2回）

	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援2	38,165円	3,817円	7,633円	11,450円

【基本：1回あたり】＊ひと月の利用が4回未満

	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	4,595円	460円	919円	1,379円

【基本：1回あたり】＊ひと月の利用が5回から8回未満

	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援2	4,711円	472円	943円	1,414円

【日割り：1日あたり】

	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	621円	63円	125円	187円
事業対象者 要支援2	1,254円	126円	251円	377円

池田市より

- ※1 原則月額報酬となります
- ※2 回数報酬を利用する場合は、ご本人様の希望等を踏まえサービス担当者会議を実施し、サービス計画の段階で通常想定される月額報酬の回数に満たない場合、算定することとします
- ※3 サービス計画の段階で月額報酬となっている場合、自己都合や入院等の一時的な理由により回数報酬へ変更する事はできません

【加算】

	基本利用料 (1ヶ月あたり)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
口腔機能向上加算	1, 581円	159円	317円	475円
科学的介護 推進体制加算	421円	43円	85円	127円
通所介護 処遇改善加算(Ⅲ)	1ヶ月の介護報酬総単位数×8.0%×10.54円の1割・2割・3割			

※ 上記料金の自己負担額については1ヶ月あたりの目安費用を表示したものであり、実質の自己負担額は、1ヶ月の介護保険報酬に地区別単価(10.54)を乗じ、その1割・2割・3割相当額を切り上げて算出するため、加算により誤差が生じる場合がございます。予めご了承下さい。

※ 上記の基本利用料、加算は厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料、加算も自動的に改定されます。なお、その場合は事前に新しい基本利用料、加算を書面でお知らせいたします。

(2) キャンセル料

お客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① 利用日の当日午前8時までにご連絡頂いた場合	無料
② 利用日の当日午前8時までにご連絡が無かった場合	780円

※ご利用日が月曜日又は事業所休業日の翌日の場合はご注意下さい。

※ただし、急な体調不良、病気、入院の場合にはキャンセル料は請求いたしません。

キャンセル時の連絡…0120-805-227

(3) 送迎費

通常の実施地域(箕面市・池田市)にお住いの方から送迎費は頂戴いたしません。

(4) その他自己負担費用

昼食材料費・レクリエーション費用・おむつ等→別紙参照

(5) 利用料、その他の費用請求および支払い方法について

① 利用料、その他の費用請求	ア. 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し利用月ごとの合計金額を請求いたします。 イ. 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日頃までに利用者様宛へ送付いたします。
② 利用料、その他の費用の支払い	ア. サービス提供の都合お渡りする請求内容をご確認のうえ、下記の方法によりお支払い下さい。 利用者指定口座からの自動振り替え 1 郵便局 2 銀行 イ. お支払いを確認いたしましたら翌月の請求書と一緒に領収書を送付いたします。

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払い督促から10日以内にお支払いが無い場合には契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

(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：年2回

7 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者の病状の急変、その他の緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医に連絡する等の措置を講じるとともに管理者に報告します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。

主治医	利用者の主治医名	
	所属医療機関名称	
	所在地	
	電話番号	
家族等	連絡先氏名・続柄	
	住所	
	連絡先（自宅・勤務先・携帯等）	

8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する事業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、利用者に係る地域包括支援センター（地域包括支援センターより介護予防・日常生活支援総合事業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、利用者に対する事業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。

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	AIG 損害保険株式会社
保険名	賠償責任保険（企業用）証券
補償の概要	施設・事業活動遂行事故に関する補償

9 サービス提供に関する相談・苦情について

指定介護予防・日常生活支援総合事業の提供に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応する為に、必要な措置を講じます。

(1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する担当者・常設窓口の設置

相談又は苦情等に対応する常設窓口を設置し、相談担当者を設けています。

担当者	阪本 あゆみ
連絡先	TEL 072-720-5227
	FAX 072-720-5228

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情又は相談があった場合には、苦情処理台帳にその内容を記入するとともに利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じて訪問を実施し、状況の確認を行います。

特に事業者に関する苦情である場合には、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行い、相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討し、当面及び今後の対応を決定します。

対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに利用者への報告を徹底します。

(3) 事業所は提供した事業に関し、介護保険法その他関係法令の規定により、市町村が行

う文書その他の提出若しくは提示の求め又は当該市町村からの質問及び照会に応じ、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

- (4) 事業所は提供した事業に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

【事業所の窓口】 株式会社 アイ・シビル	所在地 箕面市半町二丁目12番22号 電話番号 072-720-5227 受付時間 月～土 午前9:00～午後5:00
【池田市の窓口】 福祉部介護保険課	所在地 池田市城南1-1-1 電話番号 072-754-6256 受付時間 月～金 午前9:00～午後5:00
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町1-3-8 電話番号 06-6949-5418 受付時間 月～金 午前9:00～午後5:00

10 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げる通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	渡部 登喜子
-------------	--------

- (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。
 (4) 従業者の支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

11 衛生管理等

- (1) 事業に供する施設、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) 事業所において感染症が発生、又は蔓延しない様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。

12 サービスの利用に関する注意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている方々の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

- (2) 体調について

サービスの利用中に気分が悪くなった時は、すぐに職員にお申し出ください。

- (3) 施設・設備の使用上の注意

- 施設・設備・敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意に施設・設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により現状に回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

- (4) 喫煙

事業所敷地内は全て禁煙です。喫煙は出来ません。

13 重要事項説明の年月日

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

上記内容について[指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年）厚生省令第37号]第8条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

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

事業者〈所在地〉	吹田市江坂町1丁目6番6号
〈名 称〉	株式会社 アイ・シビル
	代表取締役 高垣 陽一
事業所〈所在地〉	箕面市半町2丁目12番22号
〈名 称〉	あい・シビル
説明者	所属 箕面デイサービス
	氏名

私は本書面により、事業者から日常生活支援総合事業についての重要事項の説明を受けました。

利用者	住所
	氏名
代理者	住所
	氏名