２０１８.０７.０１改正
２０２６.１０.０１一部改正

指定地域密着型介護予防サービス事業所
東 近 江 市 社 会 福 祉 協 議 会
デイサービスセンターちゃがゆの郷

介護予防認知症対応型通所介護事業

重要事項説明書

介護保険法および関連する法令に基づいて、東近江市社会福祉協議会デイサービスセンターちゃがゆの郷が提供する「介護予防認知症対応型通所介護事業」の重要な事項について、この書類で説明をさせていただきます。

１．事業所を運営する法人の概要は次のとおりです。

名称・法人名	社会福祉法人　東近江市社会福祉協議会
代 表 者 名	会　長　　森　野　　才　治
所在地・連絡先	〒527-0016　東近江市今崎町２１番地１ 電　　話　　０７４８－２４－１３０２ ＩＰ電話　　０５０－５８０２－９４７０
設立年月日	平成１７年２月１１日

２．通所介護事業所の概要は、次のとおりです。

事業所名	東近江市社会福祉協議会デイサービスセンターちゃがゆの郷
指定番号	２５９０５０００４３
所 在 地	〒521-1241　　東近江市乙女浜町５２７番地
開設年月日	平成１９年２月１日
管 理 者	田中　みつ代
事業実施地域	東近江市
利用定員	１０名／１日

３．事業所の営業日・連絡先は、次のとおりです。

電　　話	0748-45-8033	IP電話番号	050-5802-6107
Ｆ　Ａ　Ｘ	0748-45-8033		
営 業 日	月曜日から金曜日		
休 業 日	土曜日・日曜日・年末年始（12月30日から1月3日まで）		
営業時間	開始時間　８時３０分　　終了時間１７時１５分		
サービス提供時間	開始時間　９時２０分　　終了時間１６時３０分		

指定地域密着型介護予防サービス事業所
東 近 江 市 社 会 福 祉 協 議 会
デイサービスセンターちゃがゆの郷

４．事業所の職員体制は、次のとおりです。

※利用者10名の場合

従業者の職種	員数	職務内容
1．管理者	１名	業務の総括・連絡調整
2．生活相談員	１名以上	サービスの調整・相談業務
3．機能訓練指導員	１名以上	日常生活を営むのに必要な機能を改善又はその減退を防止するための機能訓練の実施
4．介護職員もしくは看護職員	１名以上	必要な日常生活上の介護支援

５．事業の目的は、次のとおりです。

利用者に対し、排泄、食事等の介護、入浴の介助、その他日常生活上の世話又は支援、機能訓練等の適切な認知症対応型通所介護を提供することを目的とします。

利用者が日常的な生活の中で自立のための取組みを自ら進んで行うことにより、その有する能力の維持向上に努めることを前提に、可能な限り自立した日常生活が営めるように支援することを目的とします。

６．契約期間は、次のとおりです。

開始日と終了日（期間）	契約の期間は、契約の日から介護保険被保険者証に記載されている「認定の有効期間の満了日」までです。
自動更新による延長	利用者が、要支援状態等であることの更新もしくは、要支援度の変更を受けられた場合、新たな「認定の有効期間の満了日」まで延長されます。この場合、満了日までに利用者から契約の終了又は解約の申し出がなければ、この契約は自動更新されます。
終了と契約	上記の契約の期間において、利用者または事業所が、契約を終了又は解約する場合の説明は、項目７、８にて行います。

７．契約の自動終了については、次のとおりです。

終　　了	①利用者が、介護保険施設に入所された場合 ②利用者が、小規模多機能居宅介護・複合型サービス・認知症対応型共同生活介護を利用された場合 ③利用者が、居宅介護支援事業所との契約を解約又は、居宅サービス計画を変更されサービスの提供がなくなった場合 ④利用者が、要支援でなくなった場合 ⑤利用者が、お亡くなりになった場合

指定地域密着型介護予防サービス事業所
東 近 江 市 社 会 福 祉 協 議 会
デイサービスセンターちゃがゆの郷

８．契約の解約については、次のとおりです。

利用者からの解約	◇介護予防通所介護契約はいつでも解約できます。ただし、契約書添付の「契約解約申し出書」を解約予定日の7日前までに事業所に届出ください。 緊急の入院などやむを得ない場合はこの限りではありません。
事業所からの解約	①事業の廃止など契約内容を続けることができないやむを得ない事情が起きた場合 ②利用者が、契約内容を守らない場合 ③利用者が、契約に定めた事業実施についての合意が1ヶ月を超えても得られない場合 ④契約で合意した内容に反する言動が利用者からあった場合 ⑤利用者が、入院その他の事情で、続けて3ヶ月を超えて利用がないことが明らかな場合又は、実際に続けて3ヶ月を超えて利用がなかった場合 ※①において、その理由が休止・廃止である場合は、１ヶ月前までに理由と解約日を記した文書で、利用者に通知させていただき、必要なサービスが継続的にご利用いただけるよう他事業者の紹介等便宜提供を行ないます。 ※①において、上記以外の理由、または②から⑤の場合には、解約の７日前までにその理由または根拠と解約日を明確に記した文書で、利用者に通知させていただき、状況に応じ必要な援助を行なうよう努めます。

９．提供するサービスの内容は、次のとおりです。

利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日および実施回数は、介護予防サービス計画を踏まえた「介護予防認知症対応型通所介護計画書」に定め、利用者に内容を確認のうえサービスを行います。

サービス内容		具　体　的　な　サ　ー　ビ　ス　内　容
共通サービス	入　　浴	入浴又は清拭を行います。
	食　　事	食事の準備、食事の介助を行います。
	排　　泄	利用者の状態に応じた介助を行います。
	送　　迎	利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

	レクリエーション・機能訓練	利用者の能力が最大限に発揮できるよう、各々の得意なことに取り組んでいただき、心身の活性化を図ります。また、脳トレや音楽療法、回想法など脳の活性化を図るとともに散歩や運動等の機能訓練により身体能力の維持・向上を目指します。
	相談対応	必要に応じて健康や日常生活の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。また、地域連携の拠点としての機能を展開できるように地域ケア会議等に出席し、地域での暮らしを応援します。

１０．サービス提供の記録等については、次のとおりです。

事業者は、サービス提供記録をサービス終了後５年間適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

１１．利用料については、次のとおりです。

介護予防通所介護費用	①サービスの基本料金は、**重要事項説明書別紙**の利用料金表のとおりです。 自己負担額は利用者の負担割合に応じた額です。 ただし、介護保険料の滞納などにより介護保険から事業者に支払いがされない場合には、全額を一旦お支払いいただきます。 ※ サービス提供証明書を発行しますので、後日証明書を市役所の介護保険担当窓口に提出していただくと、差額の払い戻しを受けることができます。 ②介護保険外のサービスとなる場合およびサービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合は、全額自己負担となります。 ③介護保険外のサービスとなる場合は、別途申請が必要となります。
給食費	利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。 料金：**重要事項説明書別紙**に定めるとおり
おむつ代	事業所のおむつを使用された場合実費をご負担いただきます。
その他	行事で実費が必要な場合は、その都度別途書面にてお知らせします。
利用料の滞納等	①サービス利用料金の支払いが遅延された場合、電話や文書により再請求いたします。 ②遅延された場合の口座振替は、次月分と同時に振替えられます。 ③サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合は、居宅介護支援事業所および保険者（市役所）へ連絡すると共に、契約を解約します。

１２．利用日の中止・変更については、次のとおりです。

利用日の 中止・変更 連絡	利用者の都合により、介護予防認知症対応型通所介護計画で定めたサービス利用を中止又は変更することが出来ます。この場合には、速やかに（できれば、サービス利用の前日までに）次の連絡先までご連絡ください。 連絡先　０７４８－４５－８０３３

１３．料金の支払い方法は、次の3つから契約時にご指定をいただけます。

口座からの 自動引落	口座振替用紙に必要事項をご記入いただき、事業所に提出ください。引落時期は、毎月27日（金融機関が休業日と重なる場合は、翌営業日）となります。
振　　込	1ヶ月分の請求書を翌月中旬に送付しますので、通知のあった日から２週間以内にお近くの金融機関よりお振込みください。
現　　金	1ヶ月分の請求書を翌月中旬に送付しますので、通知のあった日から２週間以内に事業所窓口で直接お支払いください。

１４．秘密の保持と個人情報の保護については、次のとおりです。

守秘義務	①担当の従業者をはじめ当事業所のすべての従業者は、利用者のことについて知り得た情報を、関係者以外の他者に漏らしません。 ②個人情報の利用については、利用目的・範囲を「個人情報取扱業務概要説明書」で明確に定め、その内容を説明するとともに利用者の同意を得た上で利用します。（同意書にて、その内容を利用者と事業所双方が確認し、同意を得た上で利用することとします） ③上記の範囲及び法令等の定めに基づく場合を除いて、みだりに個人情報を外部に提供しません。
管　　理	利用者に提供する居宅サービスに関しての記録類は、細心の注意を持って取り扱い、厳重に管理します。

指定地域密着型介護予防サービス事業所
東 近 江 市 社 会 福 祉 協 議 会
デイサービスセンターちゃがゆの郷

１５．損害補償保険への加入については、次のとおりです。

利用者に対して当事業所の責任において賠償すべきことが起こった場合は、当事業所加入の保険の範囲内において賠償します。

【保険会社名】　　損害保険ジャパン株式会社

【保　険　名】　　社協の保険

１６．サービスの利用に関する留意事項については、次のとおりです。

①医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を従業者に連絡いただくとともに発熱等体調不良時のご利用はご遠慮ください。

②サービス利用中の通院等私的用務は、ご遠慮ください。

③送迎業務に支障を来たさないように犬などペットを放し飼いにしないようにご協力をお願いします。

④従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

⑤サービス利用時の利用者間の物品のやり取りは、トラブルを避けるためご遠慮ください。

⑥当該地域の気象状況や自然災害等により、警報等が発令された場合は、サービスを休止や提供時間の短縮をさせていただく場合があります。

１７．ハラスメント行為の禁止については、次のとおりです。

利用者およびその家族等その他関係者は、本事業者の従業者に対し、次の各号に掲げる行為（以下「ハラスメント行為」という）を行わないようお願いします。

① 暴言、侮辱、誹謗中傷、威迫、威嚇、人格を否定する言動
② 身体的な暴力、またはこれに準ずる行為
③ セクシュアルハラスメントその他のハラスメント行為
④ 土下座の要求、過度な謝罪の要求
⑤ 正当な理由のない長時間の拘束、同一内容の繰り返し要求
⑥ 介護保険制度および本契約に基づくサービス内容を超える、不当または過度な要求
⑦ 他の利用者の生活や安全、共同生活の秩序を著しく乱す行為
⑧ その他、社会通念上相当な範囲を超え、従業者の就業環境を著しく害すると本事業者が判断する行為

利用者およびその家族等その他の関係者によるハラスメント行為が認められた場合には、その行為の中止および是正をお願いします。

事業者は、ハラスメント行為への対応にあたり、必要に応じて当該行為の内容を記録し（録画や録音も含む）、家族等、後見人、保険者等、居宅介護支援事業者や地域包括支援センター等、関係機関と情報共有を行うことがあります。

なお、是正が認められない場合や、ハラスメント行為により従業者の安全確保が困難となった場合や信頼関係が著しく損なわれ、適切なサービスの提供が困難と判断した場合は、やむを得ずサービスの提供を中止や契約を解除することがあります。

１８．緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかにご利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、担当介護支援専門員、医療系サービス等の関係事業者へ連絡対応をします。

１９．事故発生時の対応方法については、次のとおりです。

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡し、必要な措置を講じます。

また、利用者に賠償するべき事故が発生した場合には、損害賠償の手続きを行います。

２０．非常災害時における対応方法は、次のとおりです。

① 非常災害に備えて、消防計画、風水害・地震等に対処する計画を作成し、責任者を定め、年２回定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。

② 非常災害の発生の際に事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携および協力を行う体制を構築するよう努めます。

２１．サービス内容に関する相談・苦情窓口を当事業所、行政関係機関に設置しています。

連絡先は、別紙のとおりです。

２０１８.０７.０１改正
２０２６.１０.０１一部改正

指定地域密着型介護予防サービス事業所
東 近 江 市 社 会 福 祉 協 議 会
デイサービスセンターちゃがゆの郷

本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

この説明書により重要事項を説明した日

令和　　年　　月　　日

事業所名　滋賀県東近江市乙女浜５２７番地
東近江市社会福祉協議会デイサービスセンターちゃがゆの郷
指定地域密着型介護予防サービス事業所　２５９０５０００４３

説 明 者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

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ました。

令和　　年　　月　　日

本　人　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人代理人（代理人を選任した場合）

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人との関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿