

重要事項説明書

(介護予防相当通所事業用)

平成29年4月1日現在

この「重要事項説明書」は、福山市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業の人員、設備及び運営並びに指定第1号事業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等を定める条例の規定に基づき、指定介護予防通所介護相当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 指定介護予防通所介護相当サービスを提供する事業者（法人）について

法人名称	社会福祉法人 専光会
代表者職・氏名	理事長 藤井 徳行
本社所在地	広島県福山市大門町三丁目7番10号
法人連絡先	TEL：084-945-7611 FAX：084-945-7612
法人設立年月日	平成29年4月1日

2 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	陽のあたる家デイサービスセンター		
介護保険事業所番号	3471508857		
事業所所在地	広島県福山市大門町三丁目7番10号		
電話番号	084-945-7611	FAX	084-945-7612
通常の事業実施地域	福山市		

(2)事業の目的及び運営の方針

事業の目的	ご利用様が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援および機能訓練を行うことにより、生活機能の維持または向上を図ることを目的とします。
運営の方針	ご利用様の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的にサービスを提供します。 主治医等とも連携を図りつつ、常にサービス改善を図ります。 ご利用様が要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援します。 ご利用様の有する能力を最大限活用できるよう促し、意欲を引き出すような働きかけを行います。

(3)事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日（ただし8/13～8/15・12/29～1/3を除く）
営業時間	8：30～17：30

(4)サービス提供可能な日時

サービス提供日	月～土曜日（ただし8/13～8/15・12/29～1/3を除く）
サービス提供時間	9：00～16：00

(5)事業所の職員体制

管理者氏名		渡辺 泰典
職	職務内容	人員数
管理者	<p>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、その他業務の管理を行います。</p> <p>ご利用者様の心身の状況、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通所介護相当サービス計画を生活相談員等と協力して作成します。</p> <p>サービス実施状況の把握及び介護予防通所介護相当サービス計画の変更を行います。</p>	常 勤 1 名
生活 相談員	<p>ご利用者様がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び介護に関する相談及び援助などを行います。</p> <p>また、介護予防通所介護相当サービス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ます。</p>	常 勤 1 名 非常勤 0 名
看護 職員	<p>サービス提供の前後及び提供中のご利用者様の心身の状況等の把握を行います。</p> <p>ご利用者様の静養のための必要な措置を行います。</p> <p>ご利用者様の病状が急変した場合等に、ご利用者様の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。</p>	常 勤 2 名 非常勤 0 名
介護 職員	介護予防通所介護相当サービス計画に基づき、必要な日常生活の世話及び介護を行います。	常 勤 4 名 非常勤 2 名
機能訓練 指導員	介護予防通所介護相当サービス計画に基づき、ご利用者様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 非常勤 0 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
介護予防通所介護相当サービス計画の作成 (全てのご利用者様について作成します)	<p>ご利用者様に係る介護予防通所介護相当サービス事業者が作成した介護予防サービス・生活支援計画（ケアプラン）に基づき、ご利用者様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通所介護相当サービス計画を作成します。</p> <p>介護予防通所介護相当サービス計画の作成に当たっては、その内容についてご利用者様又はそのご家族様に対して説明し、ご利用者様の同意を得た上でご利用者様に交付します。</p> <p>介護予防通所介護相当サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防通所介護相当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、当該介護予防通所介護相当サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行います。</p> <p>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通所介護相当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、ご利用者様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	食事介助	食事の提供及び介助が必要なご利用者様に対して、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。
	入浴介助	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。
	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要なご利用者様に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
服薬介助	介助が必要なご利用者様に対して、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	ご利用者様の状態や能力、希望等に応じて機能訓練指導員が専門的知識に基づき、 ・食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練 ・集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを行います。	
その他 (創作活動など)	ご利用者様の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。	

(注) 3ヶ月実施した時点で介護予防支援事業者に報告し、継続の必要性が認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

(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
・基本報酬

サービス提供区分		介護報酬額	ご利用者様負担額	
			1割	2割
通常の場合 (月ごとの定額制)	要支援 1	16,470 円	1,647 円	3,294 円
	要支援 2	33,770 円	3,377 円	6,754 円
日割りとなる場合	要支援 1	560 円	56 円	112 円
	要支援 2	1,110 円	111 円	222 円

・加算

加算名称	介護報酬額	ご利用者様負担額	算定回数等
介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の4.3%を加算		1月につき

(※) 所定単位数・・・基本報酬に各種加算を加えた総単位数

注) 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

(3) 介護予防通所介護相当サービス事業従業者の禁止行為

介護予防通所介護相当サービス事業員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 ご利用者様又はご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ ご利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体的拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様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 その他ご利用者様又はご家族様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

4 その他の費用について

① 食事の提供に要する費用	650円（1食当り）
食事キャンセル料	午前8時までにご連絡のない場合1食当たりの料金を請求いたします。
② おむつ代	紙パンツ：250円 紙おむつ：200円 尿とりパッド：50円（各1枚当り）
③ 日常生活費	実費

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及び支払い方法について

① ご利用料金その他の費用の請求方法等	利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに、ご利用者様宅あて送付、又はご利用者様利用時にお渡しいたします。
---------------------	--

<p>② お支払い方法等</p>	<p>ご利用の料金は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、請求月の26日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 利用者指定口座から毎月26日に自動振替 (※金融機関が休業日の場合は翌営業日)</p> <p>(イ) 事業者指定口座への振込み</p> <p>(ウ) 現金払い</p> <p>お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡しいたしますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)</p>
------------------	--

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの提供に当たって

- (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を確認させていただきます。住所などに変更があった場合は速やかにお知らせください。
- (2) ご利用者様が要支援認定を受けていない場合は、ご利用者様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、介護予防支援がご利用者様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、遅くともご利用者様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、必要な援助を行います。
- (3) ご利用者様に係る「介護予防サービス・生活支援計画（ケアプラン）」に基づき、ご利用者様及びご家族様の意向を踏まえて、介護予防通所介護相当サービスの目標、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「介護予防通所介護相当サービス計画」を作成します。なお、作成した「介護予防通所介護相当サービス計画」は、ご利用者様又はご家族様にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「介護予防通所介護相当サービス計画」に基づいて行います。なお、「介護予防通所介護相当サービス計画」は、ご利用者様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。

7 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・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。
- (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) 従業員に対して、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) 介護相談員を受入れます。

(6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

虐待防止に関する責任者	管理者：渡辺 泰典
-------------	-----------

8 身体拘束について

事業者は、原則としてご利用者様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、ご利用者様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、ご利用者様及びそのご家族様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。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

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

10 緊急時の対応について

サービス提供中に、ご利用者様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、ご利用者様が予め指定する連絡先にも連絡します。

11 事故発生時の対応方法について

ご利用者様に対する指定介護予防通所介護相当サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者様の家族、ご利用者様に係る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、ご利用者様に対する指定介護予防通所介護相当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。

12 心身の状況の把握

指定介護予防通所介護相当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、ご利用者様の心身の状況、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ます。

13 介護予防支援事業者等との連携

- (1) 指定介護予防通所介護相当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又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「介護予防通所介護相当サービス計画」の写しを、ご利用者様の同意を得た上で介護予防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又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又はその写しを速やかに介護予防支援事業者に送付します。

14 サービス提供の記録

- (1) 指定介護予防通所介護相当サービスの実施ごとに、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終了から2年間保存します。
- (2) ご利用者様は、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。

15 非常災害対策

- (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。
- (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。

16 衛生管理等

- (1) 指定介護予防通所介護相当サービスの用に供する施設、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) 指定介護予防通所介護相当サービス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。

17 サービス提供に関する相談、苦情について

＜ 苦情処理の体制、手順 ＞

- (1) ご利用者様またはご家族様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。
- (2) 苦情や相談があった場合、苦情相談担当者はしっかりとお話を聞き、場合によってはご自宅へ伺うなど、状況の把握や事実確認に努めます。
- (3) 苦情相談担当者（応対者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、ご利用者様またはご家族様の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- (4) 検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ずご利用者様またはご家族様へ報告します。
- (5) 苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業員全員で検討します。

苦情申立の窓口

事業者		陽のあたる家デイサービスセンター	
所在地		広島県福山市大門町三丁目7番10号	
TEL	084-945-7611	FAX	084-945-7612
受付時間	月～土曜日（ただし8/13～8/15・12/29～1/3を除く）8：30～17：30		

保険者（市町村等の介護保険担当部局）		福山市役所	
所在地		広島県福山市東桜町3番5号	
TEL	084-928-1166	FAX	084-928-1732
受付時間	午前8時30分から午後5時15分まで（土日祝および年末年始は除く）		

広島県国民健康保険団体連合会			
所在地		広島県広島市中区東白島町19番49号	
TEL	082-554-0783	FAX	082-511-9126
受付時間	午前8時30分から午後5時15分まで（土日祝および年末年始は除く）		

18 重要事項の説明年月日

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

上記内容について、福山市指定介護予防通所介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準条例の規定に基づき、ご利用者様に説明を行いました。

事業者	法人所在地	広島県福山市大門町三丁目7番10号		
	法人名	社会福祉法人 専光会		
	代表者名	理事長 藤井 德行		
	事業所名	陽のあたる家デイサービスセンター		
	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。

ご利用者様	住所			
	氏名	印		
代筆の場合の代筆者氏名 (ご利用者様との続柄等)			続柄等	

代理人	住所			
	氏名	印		