

重要事項説明書

通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業

医療法人社団 俊葉会

デイサービスセンターなごみの郷

通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業重要事項説明書

1.【事業の目的と運営方針】

要介護状態または要支援状態にある方に対し、適正な通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「介護サービス」という。)を提供することにより要介護状態要介護・要支援状態の維持、改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2.【当事業所の法人概要について】

法人名	医療法人社団 俊葉会 理事長 馬庭 幸二
所在地	〒669-5242 兵庫県朝来市和田山町宮田 216
連絡先	電話番号 (079)673-2811 FAX 番号 (079)675-2187
名称	デイサービスセンター なごみの郷
事業所番号	2874900455
所在地	〒669-5231 兵庫県朝来市和田山町林垣 80-2
連絡先	電話番号 (079)675-3770 FAX 番号 (079)675-3771
管理者	渡邊 拓郎
設立年月	平成 20 年 4 月 1 日
事業内容	介護保険事業の通所介護事業及び介護予防・日常生活支援総合事業
事業実施地域	朝来市(旧生野町は除く)、養父市(旧関宮町・旧大屋町は除く)とする。
職員の職種及び員数	<ul style="list-style-type: none"> ○管理者 1名 常勤 運営の一元的管理を行います。 ○生活相談員 2名 常勤(1名は管理者を兼ねる) 生活相談及び間接的支援を行います。 ○看護職員 2名 常勤 心身の健康管理及び、保健衛生管理業務を行います。 ○介護職員 13名 常勤 直接的介護を行います。 ○機能訓練指導員 1名 常勤 身体機能の維持及び向上、健康維持のための業務を行います。

3.【定員及び営業時間について】

営業日及び営業時間帯	月曜日～土曜日 営業時間 9:30～16:45
休日	日曜日、8月13日～8月15日、12月30日～1月4日
定員	60名

※上記休日以外の祝日については通常営業となります。

4.【設備の概要について】

○食堂談話室及び機能訓練室 1室

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・椅子等の備品類を備えます。また自宅に近い環境を備え、滞在場所を設けます。

機能訓練するスペースを設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○浴室 2室

利用者の身体状況に応じて入浴できる設備を設けます。一般的な浴槽で入浴することが困難な利用者に特別浴槽を備えます。

○トイレ 2室

利用者が車椅子や歩行器具を十分に使用できる広さを持つトイレを設けます。

○その他

設備としてその他に、整容室・相談室・事務室・調理室を設けます。

5.【介護サービスの内容】

① 通所介護の具体的なサービス内容

○送迎サービス

送迎車により事業所と自宅との間を行います。

○入浴サービス

身体の状況を観察し、状態に合わせて入浴の提供を行います。

○食事サービス

食事の形態やその他必要に応じて介助を行います。

○排泄サービス

必要に応じて自宅と同様の介助を定時、随時に行います。(排泄用品はご持参下さい)

○機能訓練

個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

○アクティビティサービス(※介護予防加算対象ではありません)

機能訓練と同様に計画を作成し、レクリエーションを通じ、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。(必要に応じて材料費等を徴収致します)

○その他サービス

口腔ケアやその他ご希望とされるサービスを提供します。

② 介護予防・日常生活支援総合事業の具体的なサービス内容

基本的なサービスは前項1の通所介護サービスに準じて提供します。

○運動器機能向上訓練

運動機能向上に係る計画を作成し、これに基づく適切なサービスを提供します。また定期的な評価と計画の見直しを行います。

○口腔機能向上訓練

口腔機能向上に係る計画を作成、これに基づく適切なサービスを提供します。また定期的な評価と計画の見直しを行います。

6.【利用料金について】

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護サービスが法定代理受領サービスであるときは、現行の介護報酬の告示上の額として設定します。

介護報酬告示額 ※基本時間区分は7時間以上8時間未満です。

要介護状態区分	算定	保険料全額	利用者負担額
要支援1 ※チェックリスト判定	1月あたり	17,980円	1,798円
要支援2	1月あたり	36,210円	3,621円
要介護1	1日あたり	6,290円	629円
要介護2	1日あたり	7,440円	744円
要介護3	1日あたり	8,610円	861円
要介護4	1日あたり	9,800円	980円
要介護5	1日あたり	10,970円	1,097円

加算料金等 ※表示のない加算は通所介護、●は総合事業、■は共通となります。

加算名称	算定	保険料全額	利用者負担額
入浴介助加算ⅠまたはⅡ	1回あたり	Ⅰ400円、Ⅱ550円	Ⅰ40円、Ⅱ55円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イまたはロ	1回あたり	イ560円、ロ760円	イ56円、ロ76円
個別機能訓練加算Ⅱ	1月あたり	200円	20円
中重度者ケア体制加算	1日あたり	450円	45円
認知症加算	1日あたり	600円	60円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日あたり	60円	6円
ADL維持等加算ⅠまたはⅡ	1月あたり	300円または600円	30円または60円
科学的介護推進体制加算	1月あたり	400円	40円
栄養スクリーニング加算	1月あたり	200円	20円
●一体的サービス提供加算	1月あたり	4,800円	480単位
●事業所評価加算	1月あたり	1,200円	120単位
●サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1月あたり	要支援1の場合240円	24単位
		要支援2の場合480円	48単位
■介護職員処遇改善加算	1月あたり	所定単位の9%	9%

その他の費用

食費	昼食1食あたり	800円
日常生活費	特別な行事や通常のサービス範疇を超えるもの	実費
送迎費用	通常の事業実施地域を越えた地点から片道1km毎に加算します。 ※通常事業実施地域内であれば費用はかかりません	100円

7.【利用料、その他の費用の請求および支払い方法について】

1 利用料、その他の費用の請求	<p>① 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により請求いたします。</p> <p>② 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。ただし、請求額のない月はお届け致しません。</p>
-----------------	---

2 利用料、その他の費用の支払い	① 請求書と利用明細の内容を照合のうえ、請求月の月末までに、下記いずれかの方法によりお支払ください。 <input type="checkbox"/> a 指定口座への振り込み <input type="checkbox"/> b 指定口座からの自動振替(但馬銀行・但馬信用・JA たじま) <input type="checkbox"/> c なごみの郷窓口での現金払い ※ 引落及び振込等の手数料は利用者負担とさせていただきます。 ② お支払いを確認後の領収書は必ず保管をお願いします。
------------------	--

※利用料、その他の費用の支払について、支払い3ヵ月以上滞納し、文書による支払いの督促を行ったにもかかわらず、督促の日から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

8.【利用の中止、変更について】

利用予定日の前に利用者の都合により、介護サービスの利用を中止または変更することができます。この場合は通所介護サービスの実施日の前々日までに事業者にお申し出ください。前々日までに利用の中止をお申し出がなかった場合は、下記表に定めるキャンセル料をお支払い頂きます。

申し出が前々日の場合	申し出が前日の場合	申し出が当日の場合
無料	所定の利用料の半額	所定の利用料の全額

※ 但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

9.【秘密の保持と個人情報の保護について】

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 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又は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。 ② 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。 ③ 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。
② 個人情報の保護について	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。 ② 事業者は、利用者又は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てします。 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てします。(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。)

10.【緊急時の対応方法】

介護サービス提供中に利用者の病状等が急変した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定された連絡先にも連絡する等、必要な措置を講じます。

指定された医療機関等がない場合においては、当施設の提携医療機関に連絡致します。

提携医療機関

- ・名称 馬庭内科医院
- ・住所 兵庫県朝来市和田山町宮田 216
- ・電話番号 (079)673-2811 FAX 番号 (079)675-2187

11.【事故発生時の対応方法と損害賠償について】

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族・市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況やその対処について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、利用者に故意または過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、損害賠償責任を減じさせていただきます。

保険会社

- ・あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
- ・介護保険・社会福祉事業者総合保険

12.【契約および解約について】

1 契約の更新および終了について

- ①契約期間満了日は要介護認定期間の満了日とし、満了日の7日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更新され、以後も契約継続となります。
- ②契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続して介護サービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">a 利用者が介護保険施設に入所された場合b 利用者が特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合
利用者が身体障害者療護施設等の介護保険の被保険者としての資格を失う施設へ入所された場合c 要介護認定等により、利用者の心身の状況が自立と判定された場合d 利用者が当事業所の営業ができないほど遠くへ移転された場合e 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖、もしくは通所介護サービスの提供を正常に行なえない状況に陥った場合f 事業者が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合g 利用者がお亡くなりになった場合h 利用者から解約または契約解除の申し出があった場合（詳細は以下を参照）i 事業者からの契約解除を申し出た場合（詳細は以下を参照） |
|--|

2 利用者からの契約解約について

- ①契約の有効期間中であっても、利用者から利用契約の全部または一部を解約することができます。その場合、契約終了を希望する7日前までに「解約申出書」をご提出ください。
- ②次の場合は、利用者は事業者に申し出を行うことによって、「解約申出書」を提出することなしに、

この契約をいつでも解約することができます。

- a 事業者が正当な理由なしに通所介護サービスの提供を行わない場合
- b 事業者が守秘義務に反した場合
- c 事業者が利用者またはそのご家族に対して契約を継続しがたいほど重大な社会通念を逸脱する行為を行った場合
- d 事業所の従業者等が故意または過失により利用者、もしくはその家族の身体、財物、信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

③前項①②について解約料は発生致しません。ただし、それ以外の手続き、または理由により解約を希望される場合は解約日までの通所介護サービス利用料を支払うことにより、直ちにこの契約を解約できます。

3 事業者からの契約解約について

①当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して契約終了日の1ヵ月前までに事由を示した文書で通知し、契約を解約することができます。この場合、当事業所は利用者の心身の状況、環境等を勘案し必要な手続き及び援助を行い、他事業所からの介護保険サービスが速やかに利用できるよう支援します。

②次の場合には、1ヵ月以上の事前申し出期間なしに、この契約を解約することができます。

- a 利用者がこの契約に定める利用料金等の支払いを3ヵ月以上滞納し、文書による支払いの督促を行ったにもかかわらず、督促の日から14日以内にその支払いがなかった場合
- b 利用者もしくはご家族による契約を継続しがたいほどの重大な行為により円滑なサービスが提供できなくなる場合
(この場合は解約する理由を示した文書を利用者にお渡しします)

13.【介護サービス提供にあたって】

- (1) 介護サービス提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)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) 利用者が要介護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、居宅介護支援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、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護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) 利用者に係る居宅介護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、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」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「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」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) 介護サービス提供に関する記録を作成し、5年間保管するとともに、利用者またはその家族の請求に応じて閲覧することができます。また連絡帳を作成し、記録の複写物を利用毎に交付します。

14.【虐待の防止について】

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	施設長 渡邊 拓郎
-------------	-----------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) 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。

15.【身体的拘束等について】

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。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、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、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。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (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れば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

16.【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。

災害対策に関する担当者(防火管理者)職・氏名:(施設長 渡邊 拓郎)

- 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2回)
- ④ ③の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

17.【衛生管理等】

- (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) 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。
- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。

- ①事業所における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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

18.【業務継続計画の策定等について】

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

19.【相談、苦情窓口について】

サービスに関する相談や苦情については、当事業所の窓口まで遠慮なくお申し出ください。

なごみの郷 相談窓口	住 所 : 〒669-5231 朝来市和田山町林垣80-2 電 話 番 号 : (079)675-3770 F A X 番 号 : (079)675-3771 E - M a i l : nagomi@shunyokai.or.jp 受 付 時 間 : 9:00~17:00 月~金 受 付 窓 口 : 施設長 渡邊 拓郎
---------------	--

※受付日および受付時間以外の時間については、留守番電話にてご用件をお伺いし、後日早急に対応致します。

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

朝来市役所 健康福祉部 高年福祉課	住 所 : 〒669-5202 朝来市和田山町東谷213-1 電 話 番 号 : (079)672-6124(直通) (079)672-3301(代表) F A X 番 号 : (079)672-4041(代表) 受 付 時 間 : 9:00~17:00(土日、祝日を除く)
兵庫県国保連合会 介護サービス 苦情相談窓口	住 所 : 〒669-5202 朝来市和田山町東谷213-1 電 話 番 号 : (079)672-6124(直通) (079)672-3301(代表) F A X 番 号 : (079)672-4041(代表) 受 付 時 間 : 9:00~17:00(土日、祝日を除く)

20.【重要事項を説明した年月日】

この重要事項説明書の	説明場所	
	年月日 時 間	令和 年 月 日 午前・午後 時 分

※なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、ご利用者にその内容を文書にして通知し、口頭にてご説明します。

※ご利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、以下の対応も可能とさせていただきます。

- ① 書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を可能とします。
- ② ご利用者等の押印について、求めないことを可能とします。

当事業所は、サービス提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面および別紙重要事項説明書に基づく重要な事項をご利用者に対して説明しました。本書 2 通を作成し、ご利用者、事業所が各 1 通を保有するものとします。

事業所所在地 兵庫県朝来市和田山町宮田 216
 名 称 医療法人社団 俊葉会
 理事長 馬 庭 幸 二 印

所在地 兵庫県朝来市和田山町林垣80-2
 名 称 通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業
 デイサービスセンターなごみの郷
 管理者 渡 邊 拓 郎 印

説明者所属 デイサービスセンターなごみの郷
 氏 名 足 立 千 尋 印

私は、契約書及び本書面により、事業者からサービス提供について重要事項説明を受け同意しました。

(ご利用者)住 所

氏 名 印

(代理人)住 所

氏 名 印

(続柄:)

《 個人情報使用同意書 》

下記の目的のために使用する個人情報については、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的および範囲

介護保険法に関する法令にしたがい、事業者がご利用者の居宅サービス計画に基づくサービスを円滑かつ一体的に実施するため、以下の内容について個人情報を使用します。また、認定調査等の資料についても閲覧もしくは写しをいただきます。

1. 居宅介護支援事業所及び介護サービス事業所との連絡調整
2. 緊急対応時における関係医療機関との連絡調整
3. サービス担当者会議等の外部事業所との連絡調整
4. 他施設等の紹介

2. 使用する期間

契約締結日から利用者の要介護認定等の有効期間満了日まで
※重要事項説明書に準じます。

3. 条件

- 1 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に漏れることがないよう細心の注意を払います。
- 2 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録します。

令和 年 月 日

指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業所
デイサービスセンターなごみの郷 殿

(利用者) 住所
氏名 _____ 印

(代理人) 住所
氏名 _____ 印