

介護予防通所介護相当サービス重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定予防通所介護相当サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

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、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 指定予防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	社会福祉法人 四天王寺福祉事業団
代表者氏名	理事長 南谷 恵敬
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府大阪市天王寺区四天王寺1丁目11番18 06-6771-7971
法人設立年月日	昭和8年5月30日

2 利用者に対する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	指定予防通所介護相当サービス事業所
介護保険指定 事業者番号	平成11年12月24日指定 大阪府2773800202号
事業所所在地	大阪府羽曳野市学園前6丁目1番1号
連絡先	TEL : 072-957-7513 FAX : 072-957-1116
事業所の通常の 事業の実施地域	羽曳野市
利用定員	50名（通所介護含む）

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	指定介護予防通所介護相当サービスは、介護保険法に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援する事を目的として、ご契約者（利用者）にサービスを提供します
運営の方針	事業所の目的欄で謳ったことを基本に置き、さらにご契約者（利用者）の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持ならびにご家族の身体的、精神的負担の軽減を図るための介護、その他必要な援助を行います。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 日曜日及び12月31日～1月3日は休み
営業時間	8:45～17:00

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日～土曜日 日曜日及び12月31日～1月3日は休み
サービス提供時間	9:00～16:00

(5) 事業所の職員体制

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 1 従業者の管理及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。 2 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。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、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するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ介護予防通所介護相当サービス計画を交付します。 5 指定介護予防通所介護相当サービスの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。 	常勤 1名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者が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、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、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及び目標の達成状況の記録を行います。 	常勤 1名 非常勤 2名
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 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 0名 非常勤 4名
介護職員	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護予防通所介護相当サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 	常勤 1名 非常勤 16名
機能訓練 指導員	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護予防通所介護相当サービスに基づき、その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 非常勤 2名
事務職員	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。 	常勤 1名 非常勤 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
介護予防通所介護相当サービス計画の作成		1 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者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。 2 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、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 介護予防通所介護相当サービス計画の内容について、利用者の同意を得たときは、介護予防通所介護相当サービス計画書を利用者に交付します 4 それぞれの利用者について、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及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者居宅への送迎		事業者が保有する自動車により、利用者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。
日常生活の支援・介助	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のための刻み食、ソフト食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、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	必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	必要な利用者に対して、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	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

注) 1 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

(2) 介護予防通所介護相当サービス従業者の禁止行為

介護予防通所介護相当サービス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 その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動その他迷惑行為

(3) 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

<基本利用料>

1単位 = 10.27円

算定単位	事業対象者		要支援1		要支援2	
	単位数	利用者負担	単位数	利用者負担	単位数	利用者負担
1ヶ月あたり	1,798単位	約1,847円	1,798単位	約1,847円	3,621単位	約3,719円
1日あたり	59単位	約61円	59単位	約61円	119単位	約122円

※当事業所では「事業対象者」へ「要支援1」の方と同等のサービス提供を行っています。

※「1日あたり」は、月途中で利用開始・再開・終了された方や、同月中にショートステイを併用された方等が対象となる日割りの計算時に使用されます。

<加算利用料>

(基本加算)

加算項目	単位数	利用者負担	算定における留意事項等
科学的介護推進体制加算	40単位	約41円	1月当たり
サービス提供体制強化加算 I	88単位	約90円	事業対象者 要支援1 の方の場合 (1ヶ月につき)
	176単位	約181円	要支援2 の方の場合 (1ヶ月につき)
介護職員処遇改善加算 I	月間の所定単位数合計 × 92/1000		

(該当者加算) 算定要件を満たせば、上表に応じた単位数を減算させていただきます。

加算項目	単位数	利用者負担	算定における留意事項等
送迎減算(片道あたり)	-47単位	-約48円	施設側で送迎を実施しなかった回数分

※加算対象サービスについては選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで介護予防通所介護相当サービス計画並びに運動器機能向上計画、栄養ケア計画、口腔機能改善管理指導計画にそれぞれ定めます。

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び介護予防通所介護相当サービス計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る介護予防通所介護相当サービス計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに介護予防通所介護相当サービス計画の見直しを行いません。

※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供

時間数が大幅に異なる（1～2時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び介護予防通所介護相当サービス従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。

※（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。

4 その他の費用について

① 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。
※ただし、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。	
② 食事の提供に要する費用	650円（1食当り 食材料費及び調理コスト）運営規程の定めに基づくもの
③ キャンセル料について	ご利用をお休みされる際のご連絡につきまして、ご利用日前日の17:00までにご連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として1食分の昼食費（650円）をご負担いただきます。
④ レクリエーション、クラブ活動	ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブに参加して頂く事が出来ます。 利用料金：材料費代等の実費を頂きます。
④ 日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活用品の購入代金ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担頂くことであるものにかかる費用を負担頂きます。 喫茶代（おやつを含む）：1杯 100円 オムツ代：1枚 100円（事業所のオムツを貸し出した場合のみ請求） 尿パッド：1枚 30円（事業所の尿パッドを貸し出した場合のみ請求）

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 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方法等	<p>ア 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額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>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、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）利用者または家族の口座からの引き落とし</p> <p>（イ）事業所窓口での現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をされましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、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となることがあります。）</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2月以上遅延し、さらに支払いの督促が

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者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、「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、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いたします
- (4) サービス提供は「介護予防通所介護相当サービス計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防通所介護相当サービス計画」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) 介護予防通所介護相当サービス従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

7 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。 責任者：四天王寺悲田在宅 施設長
- (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。

8 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。

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します。
- (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します。

- (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。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 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」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るものとします。</p> <p>② 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及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。</p> <p>③ 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>④ 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。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>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。</p> <p>② 事業者は、利用者及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。</p> <p>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ます。（開示に際して複写料等が必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者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、利用者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

利用者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、利用者の家族、利用者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、利用者に対する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。

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	あいおい損害保険総合保険
保険名	介護保険・社会福祉事業団総合保険

12 心身の状況の把握

介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、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るものとします。

13 居宅介護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り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまた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、利用者の同意を得た上で居宅介護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また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またはその写しを速やかに居宅介護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提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、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。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（ 防火・防災管理者 植木 啓司 ）

- 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）

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

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定介護予防通所介護相当サービスに係る利用者及びその家族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。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

○苦情受付窓口(担当者)

[職名] 通所介護長 松葉 裕美

○受付時間 毎週 月曜日～土曜日

8:45～17:00

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 四天王寺悲田院デイセンター	所在地 羽曳野市学園前6丁目1番1号 電話番号 072-957-7513 ファックス番号 072-957-1116 受付時間 午前8時45分～午後5時
【市町村の窓口】 羽曳野市役所 福祉指導監査課	所在地 羽曳野市誉田4丁目1番1号 電話番号 072-958-1111 ファックス番号 072-958-0212 受付時間 午前9時～午後5時30分
【市町村の窓口】 羽曳野市役所 地域包括支援センター	所在地 羽曳野市誉田4丁目1番1号 電話番号 072-958-1111 ファックス番号 072-950-6993 受付時間 午前9時～午後5時30分
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室 介護保険課	所在地 大阪市常磐町1丁目3番8号 中央大通FNビル内 電話番号 06-6949-5247 ファックス番号 06-6949-5417 受付時間 午前9時～午後5時30分
【大阪府の窓口】 大阪府 高齢介護室 介護事業者課 居宅グループ	所在地 大阪府中央区大手前2丁目 電話番号 06-6944-7099 ファックス番号 06-6910-7090 受付時間 午前9時～午後5時30分

18. 緊急時の対応方法について

利用者の 主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	☎
ご家族	氏名	
	住所	
	電話番号	☎

その他の 緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	☎

※サービス提供中にご利用様の容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

19 重要事項説明の年月日

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、「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	所在地	大阪府羽曳野市学園前 6 丁目 1 番 1 号	
	事業所名	四天王寺悲田院デイセンター	印
	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。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印（続柄）