

# 介護予防通所介護相当サービス

## 重要事項説明書

指定介護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。

### ◇◆目次◆◇

- 1 当時業者の概要
- 2 事業所の概要
- 3 事業の目的と運営の方針
- 4 営業日と営業時間
- 5 職員体制
- 6 提供するサービスと利用料金
- 7 個人情報の保護
- 8 虐待の防止について
- 9 身体拘束について
- 10 緊急時の対応方法について
- 11 事故発生時の対応方法について
- 12 非常災害対策
- 13 苦情申立の窓口
- 14 通所介護従業者の禁止行為
- 15 サービスの利用にあたっての留意事項

彦根市南デイサービスセンター

## 1 当事業者の概要

事業者名称	特定非営利活動法人ホームスイートホーム
代表者氏名	理事長 山下 林二郎
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	滋賀県彦根市新海町 2240 番地 TEL 0749-29-0318 FAX 0749-20-6885
法人設立年月日	平成 17 年 2 月 16 日

## 2 事業所の概要

事業所名称	彦根市南デイサービスセンター
介護保険指定 事業所番号	2570201612
事業所所在地	滋賀県彦根市田原町 13 番地 2
連絡先 相談担当者名	TEL 0749-43-6700 FAX 0749-43-6711 管理者 相川 武彦
事業所の通常の 事業の実施地域	彦根市
利用定員	25 人

## 3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある高齢者もしくは事業対象者（以下「利用者」という。）に対し、利用者が住み慣れた地域での生活を継続し、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう「彦根市介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防通所介護相当サービスの事業の人員、設備および運営ならびに介護予防通所介護相当サービス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ならびに介護予防通所介護相当サービスに要する費用を定める要綱（平成 29 年 3 月 27 日）」に基づき適正なサービスを提供します。
運営の方針	指定介護予防通所介護相当サービスの提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、その利用者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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を目指します。事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。事業の実施にあたっては、「滋賀県介護保険法に基づく指定居宅サービスの事業の従業者並びに施設及び運営に関する基準を定める条例（平成 25 年滋賀県条例第 17 号）」および関係法令等を遵守します。

## 4 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日までとします。 ただし、12月31日から1月3日までを除きます。
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までとします。

サービス提供時間	午前9時30分から午後4時40分までとします。
----------	-------------------------

## 5 職員体制

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 職員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、職員に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行います。</li> <li>2 利用者の心身の状況や希望、環境を踏まえて機能訓練の目標を設定し、介護予防通所介護相当サービス計画の作成及び説明を行います。</li> </ol>	常勤 1名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者やご家族の生活相談援助業務、利用の調整や手続き及びアセスメントや通所介護計画書作成の補助を行います。</li> <li>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確認及び記録を行います。</li> <li>3 ケアマネジャーや地域等との連携及び従業者に対する助言指導を行います。</li> </ol>	常勤 1名 非常勤 1名
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者の健康チェックを実施し、健康面の管理を支援（服薬管理、心身の状態の把握と必要な対応）します。</li> <li>2 2 利用者の状況に応じて医療機関等との連携を行います。</li> </ol>	非常勤 2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、生活機能の維持又は向上を目指し必要な日常生活上の必要な支援及び介護を行います。	常勤 3名 非常勤 3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、利用者が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機能の維持又は向上を目指し、機能訓練を行います。	非常勤 2名

## 6 提供するサービスと利用料金

### (1) 提供するサービスの内容

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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス・支援計画表（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。</li> <li>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。</li> <li>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、通所介護計画書を利用者に交付します。</li> <li>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。</li> </ol>

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。車への乗り降りにはご利用者の心身の状況に合わせて職員が介助、見守りをさせていただきます。 送迎時間は天候や交通事情により予定時間が前後することがありますのでご了承ください。
日常生活上の支援	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、必要な方には食べやすいように刻むなどの対応を行います。
	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、入浴の介助や洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が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	介助が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	介助が必要な利用者に対して、車椅子や歩行器等による移動や移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が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。

(2) 介護保険の給付の対象となるサービスの利用料金

		1割負担	2割負担	3割負担
介護・通所介護相当サービス	要支援1	1,847円/月	3,693円/月	5,540円/月
	要支援2	3,719円/月	7,438円/月	11,157円/月
科学的介護推進体制加算		41円/月	82円/月	123円/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		所定単位数の9.0%	所定単位数の9.0%	所定単位数の9.0%
余白		余白		
余白		余白		
余白		余白		

※地域区分6級地(1単位当たり10.27円の額を表示しています。)

### (3)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、実施地域を越えた距離に対し 15 円/k mを請求いたします。	
② キャンセル料	利用の前日までにお申し出があった場合	無料
	利用当日のお申し出の場合	800円（食事代相当額）
③ 食事の提供に要する費用	800円（1食当たり）	
④ 入浴料	500円（希望者のみ）	
⑤ おむつ代	実費	

### (4)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

利用料の請求方法	上記(2)、(3)の利用料は、1カ月ごとにまとめてご請求いたします。
利用料の支払い方法	請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 利用者指定口座からの自動振替 (イ) 事業者指定口座への振り込み ア (ウ)現金支払い

※諸事情により利用料金の支払いが遅延した場合は、催告に応じて3カ月以内にお支払願います。

## 7 個人情報の保護

事業者は、利用者の個人情報の保護の重要性を認識し、サービスを提供するうえで知り得た利用者、およびそのご家族の個人情報の取り扱いについて、細心に注意を払います。その利用目的を定め使用にあたっては利用者またはそのご家族等の同意を得るものとします。

## 8 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。
- (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。

## 9 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、次に掲げることにより留意して、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。

#### 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、介護者等および介護支援専門員等へ連絡し、必要なに応じて救急搬送または、早退および受診依頼等の適切な措置を講じます。

#### 11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する介護予防通所介護相当サービス又は介護予防通所介護相当サービス以外の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。

#### 12 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者を置き、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：小西 喜雄）
- 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 5月・11月）

#### 13 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 彦根市南デイサービスセンター	所在地 彦根市田原町 13 番地 2 TEL 0749-43-6700 FAX 0749-43-6711 受付時間 8：30～17：30(日曜休み)
【市町村（保険者）の窓口】 彦根市役所 福祉保健部 高齢福祉推進課	所在地 彦根市八坂町 1900 番地 4 TEL 0749-24-0828 FAX 0749-24-5870 受付時間 8:30～17:15 （土日祝休み）
【公的団体の窓口】 滋賀県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 大津市中央四丁目 5 番 9 号 TEL 077-522-0065 FAX 077-510-6606 受付時間 9:00～17:00 （土日祝休み）

#### 14 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ <b>無</b>
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関	
評価機関の開示状況	

#### 15 介護予防通所介護相当サービス従業者の禁止行為（サービスの提供に当たり次の行為は行いません。）

- ・ 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。）
- ・ 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
- ・ 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

16 サービスの利用にあたっての留意事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証および介護保険負担割合証を提示して下さい。
- ・事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご使用ください。これに反して破損等が生じた場合は弁償していただく場合があります
- ・事業所内での喫煙ならびに火気の使用は行わないでください。
- ・宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為は行わないでください。
- ・金品のお心づけはご遠慮下さい

当事業所は、指定介護予防通所介護相当サービスについて、本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

令和 年 月 日

[事業 者] 所在地 滋賀県彦根市新海町 2240 番地  
名 称 特定非営利活動法人ホームスイートホーム  
理事長 山下 林二郎 印

説明者 \_\_\_\_\_ 印

[事業 所] 所在地 滋賀県彦根市田原町 13 番地 2  
名 称 彦根市南デイサービスセンター

[契約 者] 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(自署の場合は捺印を省略できます)

私は、本人の意思を確認し、本人に代わり上記署名をいたしました。

[署名代行者] 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(自署の場合は捺印を省略できます)

(契約者との関係： \_\_\_\_\_ )