

重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人平成会
主たる事務所の所在地	愛媛県今治市片山三丁目1—40
代表者（職名・氏名）	理事長 玉井 京子
設立年月日	平成元年12月16日
電話番号	0898-32-3000

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ふれあい	
サービスの種類	通所型サービス	
事業所の所在地	今治市常盤町8丁目4—31	
電話番号	0898-33-9515	
指定年月日・事業所番号	平成15年10月16日指定	3870200775
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
通常の事業の実施地域	今治市陸地部のみとする	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、その有する能力に応じ、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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所型サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第一号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、8月15日、16日、12月31日から1月3日までは除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時45分から午後4時15分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	職務の内容	人員
管理者	職員の管理、業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行なうとともに、介護保険法等に規定される通所型サービスの事業実施に関し、遵守すべき事項について指揮命令を行います。	1人
生活相談員	利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう事業所内のサービスの調整、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者等との連携を行います。	2人以上
機能訓練指導員	利用者が、心身の状況に応じて日常生活を営むために必要な機能を改善又は維持するために機能訓練を行います。	1人以上
看護職員	利用者の健康管理及び看護を行うとともに、事業所における衛生管理等の業務を行います。	1人以上
介護職員	利用者の入浴、排せつ、食事の介護等を行い、自立した日常生活を営むための支援及び介護を行います。	2人以上

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、介護保険負担割合証の利用者負担割合に応じた額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第一号通所事業・通所型サービスの利用料・・・基本部分、加算、減算の合計の額となります。

【基本報酬】

※1 単位 = 10 円

サービス名称	サービスの内容	基本単位数
通所型サービス 1 (1 回につき)	週 1 回程度の通所型サービスが 必要とされた者 (事業対象者・要支援 1)	436 / 回
通所型サービス 1 (1 月の利用回数が 4 回を超えた場合)		1,798 / 月
通所型サービス 2 (1 回につき)	週 2 回程度の通所型サービスが 必要とされた者 (事業対象者・要支援 2)	447 / 回
通所型サービス 2 (1 月の利用回数が 8 回を超えた場合)		3,621 / 月

(注 1) 上記の基本利用料は、今治市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

※1 単位 = 10 円

以下の要件を満たす場合、前記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件 (概要)	加算額	
		基本利用料 (1 月あたり)	
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者に対して、サービスを行った場合の加算。	240 単位	
生活機能向上 グループ活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として、共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合の加算。	100 単位	
生活機能向上連携 加算 II	外部のリハビリテーション専門職等が通所型サービス事業所を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成した場合の加算。	200 単位	
口腔・栄養スクリー ニング加算 I	利用開始時及び利用中 6 月ごとに口腔の状態と栄養状態について確認を行い、栄養状態に係る情報を介護予防ケアマネジメント実施者に文書で共有した場合の加算。	20 単位 (6 月に 1 回を限度)	
科学的介護推進体制 加算	利用者の心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出することで意見を受け、必要に応じてサービスを見直し、提供するサービスの質を高めていった場合の加算。	40 単位	
サービス提供体制 強化加算 I	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上または金属 10 年以上の介護福祉士の割合が 25% 以上である場合の加算。	事業対象者 要支援 1	88 単位
		事業対象者 要支援 2	176 単位

介護職員等 処遇改善加算Ⅰ口	所定単位数×12.7%（小数点以下四捨五入）
-------------------	------------------------

【減算】

※1単位=10円

送迎減算（事業対象者・要支援1）	片道につき▲47 1月につき▲376を限度
送迎減算（事業対象者・要支援2）	片道につき▲47 1月につき▲752を限度
高齢者虐待防止措置未実施減算・・・虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算します。	
業務継続計画未実施減算・・・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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業務継続計画を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない場合、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算します。	

（2）その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき585円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

（3）支払い方法

上記（1）、（2）の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
*お支払いは原則として、ご利用者様ご指定の口座（愛媛県に本店のある、銀行・農協・信用金庫）からの振替となります。	*毎月10日までに、前月分の請求書を発行いたします。 *お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに医療機関及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター等及び今治市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 虐待の防止のための措置

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じるよう努めます。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、担当職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (4) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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。

虐待の防止にかかる責任者	管理者 村上 淑子
--------------	-----------

11 身体拘束について

事業所は、原則として利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き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、利用者又は家族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、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由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。

12 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、利用者に対する通所型サービスの提供を継続的に実施するための計画、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。

13 衛生管理等

- (1) 通所型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) 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

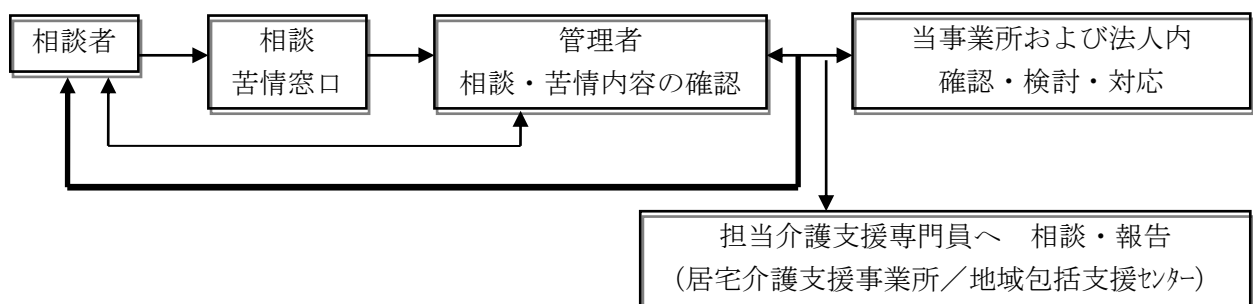
言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(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ています。
- 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を実施します。

14. 苦情相談窓口

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行なうための処理体制、手順



①相談又は苦情があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行ないます。

確認事項：相談又は苦情のあった利用者の氏名、提供した年月日及び時間
担当した職員の氏名、具体的な相談・苦情の内容 等

- ②管理者は、介護職員、看護職員等に事実関係の確認を行ないます。
- ③管理者は、把握した状況を職員および法人内で検討を行い、対応を決定します。
- ④状況に応じて担当介護支援専門員へ相談します。
- ⑤対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行なうとともに、利用者・家族へ必ず対応方法を含めた結果報告を行ないます。(時間を要する場合その旨を伝え、経過報告、結果連絡を行ないます)
- ⑥担当介護支援専門員等へ報告します。

(2) その他

- ①問題のある苦情で当事業所における解決が難しい場合は、市町村及び愛媛県国民健康保険団体連合会等の苦情解決機関と協議して対処します。
- ②記録は、少なくとも5年以上の期間保管します。

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所の窓口	窓口担当者	管理者 不在の場合は、生活相談員
	受付時間	月～土 午前8時30分から午後5時30分 (8/15.16、12/31～1/3、祝日を除く)
	電 話	0898-33-9515
	F A X	0898-33-1181
今治市の窓口	窓口	介護保険課
	受付時間	平日の午前8時30分から午後5時15分

	(土、日、祝日、年末年始を除く)
	電 話 0898—36—1526
	F A X 0898—34—5077
公的団体の窓口	窓口 愛媛県国民健康保険団体連合会
	受付時間 平日の午前8時30分から午後5時15分
	(土、日、祝日、年末年始を除く)
	電 話 089—968—8800
	F A X 089—965—3800

15. サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) 利用者及びその家族は指定地域密着型通所介護／通所型サービスの提供を受ける際には、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事業所の従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意するものとします。
- (2) 利用者は事業所の従業者の指導により居宅生活の継続維持に努め、事業所においてサービスを利用する時は、他の利用者との共同利用の秩序を保ち、相互の親睦に努めるものとします。
- (3) 利用者は、事業所においてサービスを利用するときは、共同利用スペースの清潔、整頓、その他環境衛生に協力するものとします。
- (4) 利用者は、サービス利用を新たに追加、変更又は中止する場合は、サービス利用予定日の前日までに事業所に申し込むものとします。
- (5) 利用者は事業所において次の行為をしてはならない。
 - ・ 宗教や信条の相違等で他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の利益を侵すこと。
 - ・ 喧嘩、口論、泥酔等で他人に迷惑を及ぼすこと。
 - ・ 事業所の秩序若しくは風紀を乱し、又は安全衛生を害すること。
 - ・ 故意に事業所若しくは物品に損害を与え、又は物品を持ち出すこと。
 - ・ 他の利用者の不利益となる情報を無断で漏らさないこと。
 - ・ 現金、貴重品は事業所に持ち込まないこと。

16. サービスの第三者評価の実施状況の有無

愛媛県福祉サービス第三者評価基準「高齢者福祉サービス版」の自己評価を1年に1度行い、運営推進会議（メンバー構成：利用者・市職員・地域住民の代表者・有識者等）において報告し意見を求め、その結果を誰でも自由に閲覧できるよう掲示しているため、第三者評価は実施していません。

同意書

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	今治市片山三丁目1-40
	事業者（法人）名	医療法人平成会
	代表者職・氏名	理事長 玉井 京子 印
	説明者職・氏名	印

私は、ふれあいの「通所型サービス」を利用するにあたり、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

契約者 (利用者)	住所	
	氏名	印

身元引受人（連帯保証人）住所		
利用者代理人家族代表	氏名	印
	本人との続柄	