

第2みなとデイサービスセンター重要事項説明書

(指定介護予防認知症対応型通所介護)

平成30年 8月 1日現在

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(大阪府指定 第2770400170号)

当事業所はご契約者に対して介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

| | |
|---------------------------|----|
| 1. 事業者 | 1 |
| 2. 事業所の概要 | 1 |
| 3. サービスの内容及び費用 | 3 |
| 4. その他の費用について | 5 |
| 5. 利用料、利用負担額その他の請求及び支払い方法 | 5 |
| 6. サービス提供にあたって | 6 |
| 7. 虐待の防止について | 6 |
| 8. 身体拘束について | 6 |
| 9. 秘密の保持と個人情報について | 7 |
| 10. 緊急時の対応方法について | 8 |
| 11. 事故発生時の対応方法について | 8 |
| 12. 心身状況の把握 | 8 |
| 13. 介護予防支援事業者等との連携 | 8 |
| 14. サービス提供の記録 | 8 |
| 15. 非常災害対策 | 9 |
| 16. 衛生管理等 | 9 |
| 17. サービス内容の見積もりについて | 9 |
| 18. サービス提供に関する相談、苦情について | 10 |

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介護予防認知症対応型通所介護サービスについて、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。

1 指定介護予防認知症対応型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 | 社会福祉法人みなと寮 |
| 代表者氏名 | 理事長 大西 豊美 |
| 本部所在地 (連絡先及び電話番号等) | 大阪府大阪市港区八幡屋4丁目8番1号 (法人本部 電話 06-6576-4315・ファックス 06-6576-4338) |
| 法人設立年月日 | 昭和27年5月17日 |

2 利用者に対しての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 | 第2みなとデイサービスセンター |
| 介護保険指定 事業者番号 | 大阪府指定 第2770400170号 |
| 事業所所在地 | 大阪府大阪市港区八幡屋4丁目8番1号 |
| 連絡先 相談担当者名 | 電話06-6571-5241・ファックス番号06-6571-3613 管理者 森田 増穂 |
| 事業所の通常の 事業の実施地域 | 大阪市港区、大正区、西区、住之江区 |
| 利用定員 | 12名 |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 社会福祉法人みなと寮が設置する第2みなとデイサービスセンターにおいて実施する指定介護予防認知症対応型通所介護事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び看護職員、介護職員、機能訓練指導員が、要支援状態の利用者に対し、適切な指定介護予防認知症対応型通所介護を提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | ①指定介護予防認知症対応型通所介護の提供にあたっては、認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く、以下同じ）について要介護状態となった場合においてもその利用者に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、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。 また利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 ②事業に当たっては、利用者の所在する大阪市、居宅介護支援事業者、居宅介護介護支援センター他の居宅サービス事業者、保健医療サービス |

| | |
|-----------|---|
| 運 営 の 方 針 | <p>を提供する者との連携に努めるものとする。</p> <p>③前2項のほか、「指定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」（平成18年厚生労働省令第36条）、大阪市地域密着型サービス事業者等指定に係る指導指針に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。</p> <p>④前3項のほか「大阪市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成25年大阪市条例第27号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。</p> |
|-----------|---|

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|---------|--------------|
| 営 業 日 | 月・水・金・土曜日 |
| 営 業 時 間 | 午前9時～午後5時00分 |

(4) サービス提供時間

| | |
|----------|-----------------|
| サービス提供日 | 月・水・金・土曜日 |
| サービス提供時間 | 午前9時40分～午後4時40分 |

(5) 事業所の職員体制

| | |
|-------|-------|
| 管 理 者 | 森田 増穂 |
|-------|-------|

| 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認知症対応型通所介護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 利用者へ介護予防認知症対応型通所介護計画を交付します。 5 指定介護予防認知症対応型通所介護の実施状況の把握及び介護予防認知症対応型通所介護計画の変更を行います。 | 常 勤 1名 (兼務) |
| 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、介護予防認知症対応型通所介護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 |

| | | |
|------------------------|--|---------------|
| 看護師・ 准看護師 (看護職員) | 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。 | 非常勤 1名 |
| 介護職員 | 1 介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 | 非常勤 3名 |
| 機能訓練 指導員 | 1 介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、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。 | 非常勤 1名 |
| 事務職員 | 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 (兼務) |

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 | |
|----------------|--|--|
| 介護予防通所介護計画の作成等 | 1 利用者に係る介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画（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認知症対応型通所介護計画を作成します。 2 介護予防認知症対応型通所介護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 介護予防認知症対応型通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、介護予防認知症対応型通所介護計画書を利用者に交付します。 4 介護予防認知症対応型通所介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防認知症対応型通所介護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、当該介護予防認知症対応型通所計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。 5 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認知症対応型通所介護計画の変更を行います。 | |
| 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。 | |
| 日常生活上の世話 | 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きざみ食、流動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、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。 |
| 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) 指定介護予防認知症対応型通所介護従業者の禁止行為

介護予防認知症対応型通所介護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

＜保険者が発行する介護保険負担割合証に「1割」と記載されている方＞

| サービス提供時間数 | 2時間以上 3時間未満 | | 3時間以上 4時間未満 | | 4時間以上 5時間未満 | |
|-----------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) |
| 要支援1 | 3,046円 | 305円 | 4,624円 | 463円 | 4,841円 | 485円 |
| 要支援2 | 3,383円 | 339円 | 5,135円 | 514円 | 5,374円 | 538円 |
| サービス提供時間数 | 5時間以上 6時間未満 | | 6時間以上 7時間未満 | | | |
| | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | | |
| 要支援1 | 7,191円 | 720円 | 7,376円 | 738円 | | |
| 要支援2 | 8,018円 | 802円 | 8,225円 | 823円 | | |

<保険者が発行する介護保険負担割合証に「2割」と記載されている方>

| サービス提供時間数 | 2時間以上 3時間未満 | | 3時間以上 4時間未満 | | 4時間以上 5時間未満 | |
|-----------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) |
| 要支援1 | 3,046円 | 610円 | 4,624円 | 925円 | 4,841円 | 969円 |
| 要支援2 | 3,383円 | 767円 | 5,135円 | 1,027円 | 5,374円 | 1,075円 |
| サービス提供時間数 | 5時間以上 6時間未満 | | 6時間以上 7時間未満 | | | |
| | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | | |
| 要支援1 | 7,191円 | 1,439円 | 7,376円 | 1,476円 | | |
| 要支援2 | 8,018円 | 1,604円 | 8,225円 | 1,645円 | | |

<保険者が発行する介護保険負担割合証に「3割」と記載されている方>

| サービス提供時間数 | 2時間以上 3時間未満 | | 3時間以上 4時間未満 | | 4時間以上 5時間未満 | |
|-----------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) |
| 要支援1 | 3,046円 | 914円 | 4,624円 | 1,388円 | 4,841円 | 1,609円 |
| 要支援2 | 3,383円 | 1,015円 | 5,135円 | 1,541円 | 5,374円 | 1,613円 |
| サービス提供時間数 | 5時間以上 6時間未満 | | 6時間以上 7時間未満 | | | |
| | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | 利用料 (1日当たり) | 利用者 負担額 (1日当たり) | | |
| 要支援1 | 7,191円 | 2,158円 | 7,376円 | 2,213円 | | |
| 要支援2 | 8,018円 | 2,406円 | 8,225円 | 2,468円 | | |

| 加 算 | 利用料 | 利用者 負担額 | | | 算 定 回 数 等 |
|-------------------|-------|------------|-------------|--------------|--|
| | | 1割負 担の方 | 2割負 担の方 | 3割負 担の方 | |
| 入浴介助加算 | 544円 | 55円 | 109円 | 164円 | 入浴介助を実施した日数 |
| サービス提供体制強化 加算Ⅱ | 65円 | 7円 | 13円 | 20円 | 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている事業所に対して加算(1日) |
| 若年性認知症受入加算 | 652円 | 66円 | 131円 | 196円 | 65歳未満のご利用者に対する加算(1日) |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 10.4% | 38~ 92円 | 76~ 183円 | 114~ 274円 | 介護度単位+入浴+サービス提供加算×10.4%×10.88円×10%(あるいは20%・30%)=介護職員処遇改善加算 |

※ 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認知症対応型通所介護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介護予防サービス費の支給（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、その実費を請求します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を請求します。（1）事業所から片道5キロメートル未満 500円（2）事業所から片道5キロメートル以上1キロメートル毎に100円加算 | |
| ② キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 | |
| | 24時間前までのご連絡の場合 | キャンセル料は不要です |
| | 24時間前までにご連絡のない場合 | 1提供当りの料金の20%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。 | | |
| ③ 食事の提供に要する費用 | 550円（1食当たり 食材料及び調理コスト、おやつ代） おやつのみを提供する場合50円 | |
| ④ おむつ代 | 100円（1枚当たり） | |
| ⑤ 日常生活費 | 実費相当額 | |

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10日までに利用者あてお届けします。</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 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>（ア）窓口での支払い</p> <p>（イ）下記指定口座への振り込み 三菱東京UFJ銀行 築港支店 普通預金 3675404 口座名義 社会福祉法人みなと寮 第2みなとデイサービスセンター 理事長 大西 豊美</p> <p>（ウ）ご自宅への集金による支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、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。</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

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、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）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) 利用者が要支援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、介護予防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、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者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、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防認知症対応型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「介護予防認知症対応型通所介護計画」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「介護予防認知症対応型通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防認知症対応型通所介護計画」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) 指定介護予防認知症対応型通所介護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。

| | |
|-------------|------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 生活相談員 小谷 篤 |
|-------------|------------|

- (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) 介護相談員を受け入れます。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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。

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です。
- (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です。
- (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

| | |
|--------------------------|--|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。 |
| ② 個人情報の保護について | <ul style="list-style-type: none"> 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ぬ。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ぬ。 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。 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。

| | | | |
|-----|--|-------|--|
| 主治医 | | 医療機関名 | |
| 所在地 | | 電話番号 | |

家族等連絡先

| | | | |
|----|--|------|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | | 電話番号 | |

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認知症対応型通所介護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、利用者に係る介護予防支援事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防認知症対応型通所介護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。

| | | | |
|------|--|-------|--|
| 市町村 | | 担当部課名 | |
| 電話番号 | | | |

| | | | |
|------------|--|------|--|
| 介護予防支援事業所名 | | 所在地 | |
| 担当介護支援専門員名 | | 電話番号 | |

12 心身の状況の把握

指定介護予防認知症対応型通所介護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、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 介護予防支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たり、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「介護予防認知症対応型通所介護計画」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 指定介護予防認知症対応型通所介護に関する記録の整備は、サービスを提供した日から5年間保存をおこなう。
- 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。

- 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 年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

16 衛生管理等

- ① 指定介護予防指定認知症対応型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 指定介護予防指定認知症対応型通所介護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 指定介護予防指定認知症対応型通所介護サービス内容の見積もりについて

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

- (1) 提供予定の指定介護予防指定認知症対応型通所介護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

| 曜日 | 提供時間帯 | サービス内容 | | | | 介護保険適用の有無 | 利用料 (1割・2割) | 利用者負担額 (合計) |
|---------------------------|-------|--------|----------|------------|------------|-----------|----------------|----------------|
| | | 入浴加算 | サービス提供加算 | 介護職員処遇改善加算 | 昼食代 | | | |
| 月 水 金・土 | 5 | 円 | 円 | 円 | 円 保険適用外 | 有 無 | 円 | 円 |
| 1回当たりの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額 | | | | | | | | 円 |

- (2) その他の費用

| | | |
|---------------|----------------------|---|
| ①送迎費の有無 | 無 ・ 有 サービス提供1回当たり…金額 | 円 |
| ② キャンセル料 | 重要事項説明書4-②記載のとおりです。 | |
| ③ 食事の提供に要する費用 | 重要事項説明書4-③記載のとおりです。 | |
| ④ おむつ代 | 重要事項説明書4-④記載のとおりです。 | |
| ⑤ 日常生活費 | 重要事項説明書4-⑤記載のとおりです。 | |

- (3) 1か月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

| | |
|----------|---|
| お支払い額の目安 | 円 |
|----------|---|

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

※ 早見表のサービスに係る1日の自己負担額、又はお見積もり額の例はあくまでも目安であり、正確にはサービス提供表別表に記載されていますのでよろしく申し上げます。(小数点以下の端数処理の問題で若干の誤差が出てきます)

18 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

1. ご契約者及びそのご家族からの相談、文書などによる苦情への対応

- ・相談、苦情に関する常設窓口として担当者を設けています。また、担当者不在の場合でも事業所の誰もが対応可能なように苦情対応受付表を作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いています。

常設受付窓口（電話番号）06-6571-5421（ファクス）06-6571-3616

担当者 第2みなとデイサービスセンター 小谷 篤

文書などの苦情への対応としては、1階ロビーに意見箱を常設し、担当者が定期的チェックを行い、文書などがあつた場合は封印したまま管理者まで届けることとしています。

2. 円滑迅速に苦情解決を行うための体制、手順

- ・相談、苦情があつた場合は、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い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。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うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。)
- ・苦情申し出人が第三者委員への報告を希望する場合、匿名での苦情及び文書による重大な指摘があつた場合、速やかに第三者委員に報告し必要な対応を行います。第三者委員に報告した場合は、必ず返答をもらい苦情申し出人に結果報告します。

第三者委員 道中 隆（関西国際大学 教育学部 教授）06-6498-4755

横瀧 洋（横瀧法律事務所）06-6364-2636

- ・結果については個人情報保護を十分配慮した上で、事業所内の掲示板で公表していきます。

3. 苦情解決マニュアル

- ・苦情解決マニュアルを作成、その内容を職員、利用者、ご家族に徹底することにより適切な対応が出来るようにしていきます。

4. その他

- ・当事業所において処理し得ない内容については、大阪市、大阪府の行政窓口、国保連等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場にたつて検討し対応いたします。

(2) 当事業所における苦情の受付

| | |
|--|--|
| 【事業者の窓口】 第2みなとデイサービスセンター | 所在地：大阪市港区八幡屋4丁目8番1号 電話番号：06-6571-5241 ファックス番号：06-6571-3613 受付時間：午前9時～午後5時30分 (苦情受付ボックスを館内に設置しています。) |
| 【大阪市の窓口】 大阪市福祉局高齢施策部 介護保険課 指定・指導グループ | 所在地：大阪府中央区船場中央3丁目1番7-331号 電話番号：06-6241-6310 ファックス番号：06-6241-6608 受付時間：午前9時～午後5時30分 |

| | |
|--|---|
| 【市町村の窓口】 大阪市港区役所保健福祉センター 地域保健福祉担当介護保険係 | 所在地：大阪市港区市岡1丁目15番25号 電話番号：06-6576-9859 ファックス番号：06-6572-9514 受付時間：午前9時～午後5時30分 |
| 【市町村の窓口】 大阪市大正区役所保健福祉センター 地域保健福祉担当介護保険係 | 所在地：大阪市大正区千島2丁目7番95号 電話番号：06-4394-9859 ファックス番号：06-6553-1981 受付時間：午前9時～午後5時30分 |
| 【市町村の窓口】 大阪市西区役所保健福祉センター 地域保健福祉担当介護保険係 | 所在地：大阪市西区新町4-5-14 電話番号：06-6532-9859 ファックス番号：06-6538-7319 受付時間：午前9時～午後5時30分 |
| 【市町村の窓口】 大阪市住之江区役所保健福祉センター 地域保健福祉担当介護保険係 | 所在地：大阪市住之江区御崎3-1-17 電話番号：06-6682-9859 ファックス番号：06-6686-2040 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 | 所在地：大阪市中央区常盤町1-3-8 中央大通FNビル内 電話番号：06-6949-5418 受付時間：午前9時～午後5時 |
| 【公的団体の窓口】 おおさか介護サービス相談センター | 所在地：大阪市天王寺区東高津町12-10 大阪市立社会福祉センター308 電話番号：06-6766-3800 ファックス番号：06-6766-3822 受付時間：午前9時～午後5時 |

19 運営推進会議

1. 地域密着型通所介護事業所の適正な運営の確保とサービスの質の向上に寄与し、地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスにするために、運営推進会議を設置する。
2. 運営推進会議の開催は、おおむね6ヶ月に1回以上とする。(ただし、書面での開催も可能である)
3. 運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員及び地域密着型通所介護について知見を有する者とする。
4. 会議の内容は、事業所のサービス提供内容の報告・評価、地域との意見交換・交流等とする。
5. 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表する。

20 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 | 平成 年 月 日 |
|-----------------|----------|

| | | |
|-----|-------|---|
| 事業者 | 事業所名 | |
| | 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 |

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上5階建、2階部分
- (2) デイサービスセンターの延べ床面積 36㎡
- (3) 事業所の周辺環境

港大橋を窓から展望できる海辺の施設です。日当たり良好。

阪神高速湾岸線の天保山出口から車で3分。地下鉄朝潮橋駅下車徒歩15分。

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。12名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

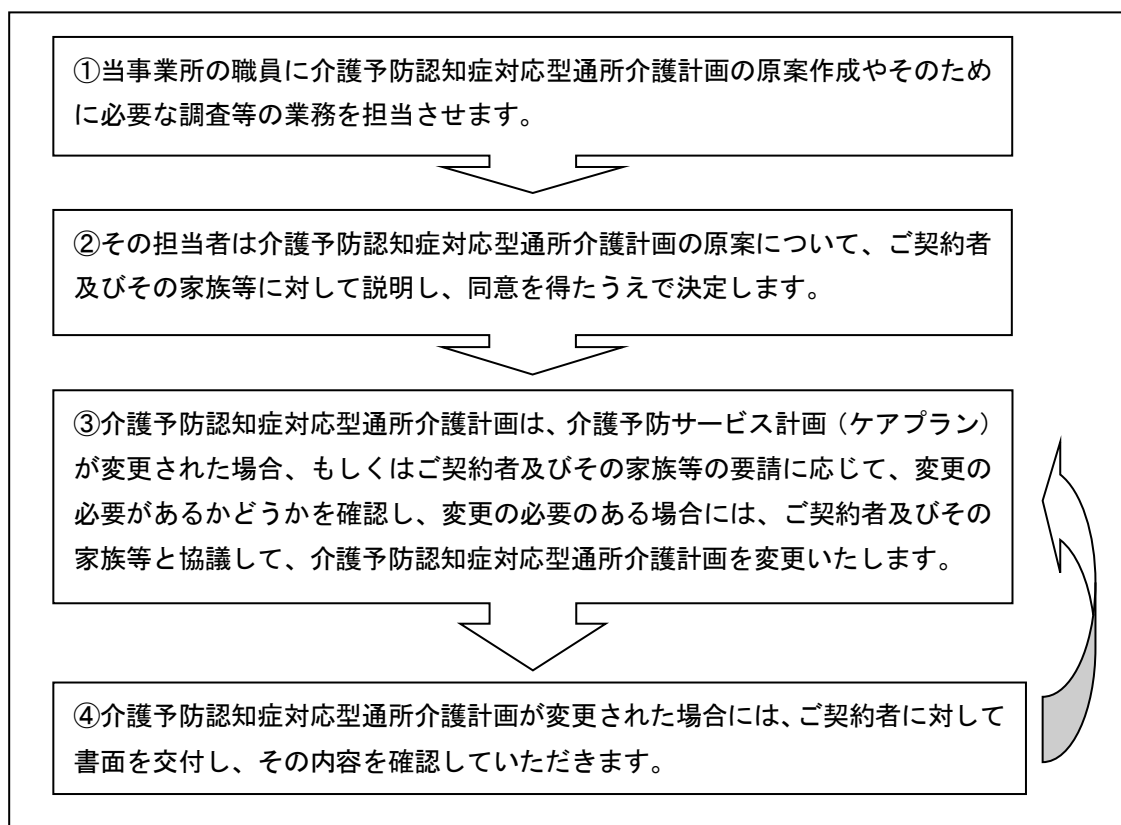
生活相談員…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。1名の生活指導員を配置しています。

看護職員…主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助もを行います。1名の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員…日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する訓練等を行います。1名の機能訓練指導員を配置しています。

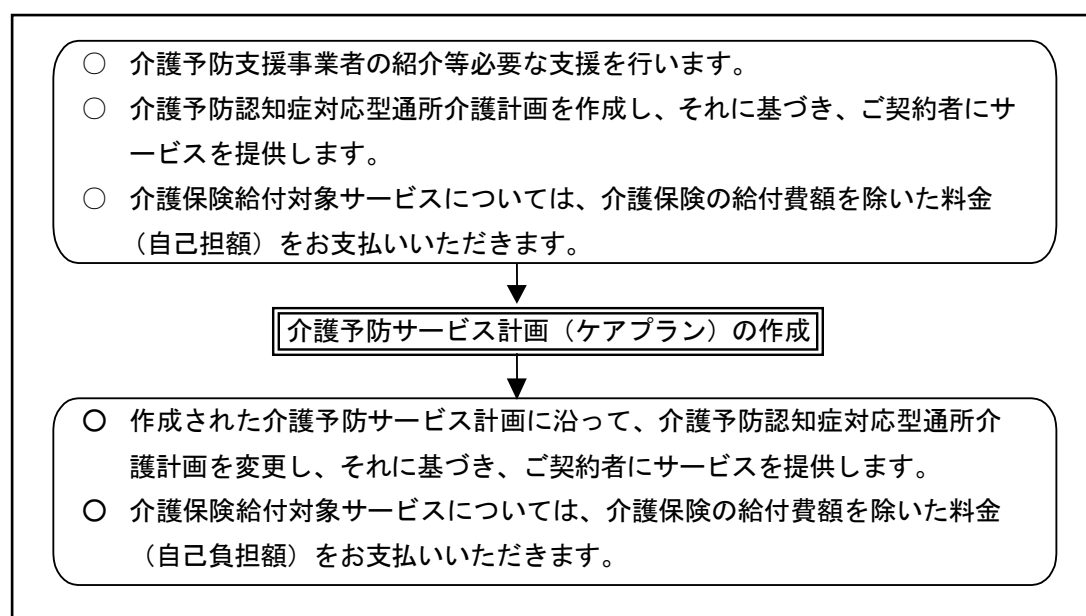
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「介護予防認知症対応型通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。
(契約書第3条参照)

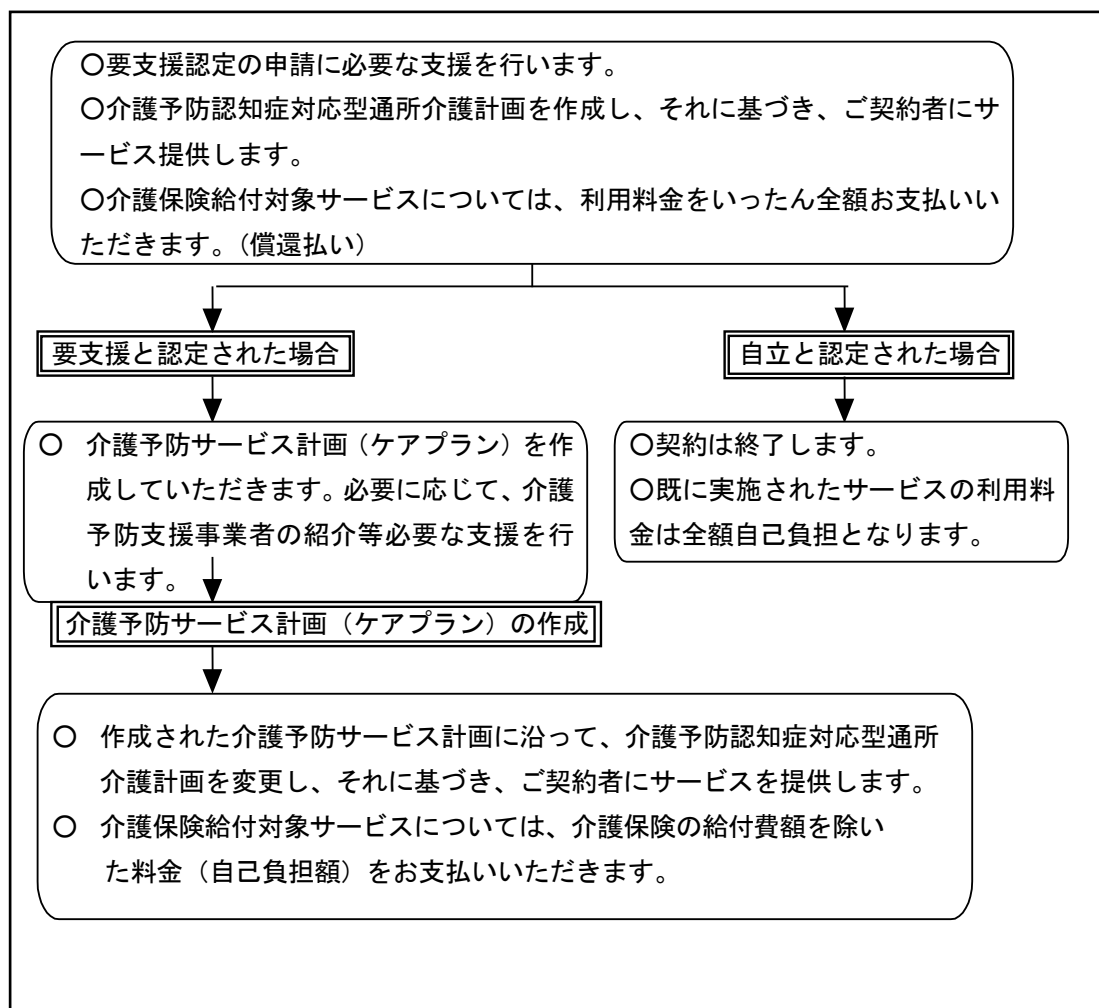


（２）ご契約者に係る「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要支援認定を受けている場合



③ 支援認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務（参照契約書第9条、第10条、第11条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ④ 契約者に提供したサービスについて記録を作成し、サービスを提供した日から5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。
- ⑥事業者及びサービス提供従事者は、原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないものとします。ただし、緊急時や、どうしてもやむを得ない理由により、拘束をせざるをえない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な

説明をし、同意を得るとともにその態様及び時間、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記録するものとします。

5. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 12 条参照）

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

6. 損害賠償について（契約書第 13 条、第 14 条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続して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。

（契約書第 16 条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要支援認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 17 条、第 18 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院された場合

- ③ご契約者の「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護予防通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 19 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 16 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

※この重要事項説明書及び付属文書は、全国社会福祉協議会全国社会福祉施設経営者協議会「福祉サービスの契約及び情報提供のあり方検討委員会」のとりまとめた「介護サービスモデル契約書」におけるモデル重要事項説明書（平成12年3月10日）をもとに平成24年4月介護報酬改定にともない作成したものです。