

# 介護予防通所介護重要事項説明書

(平成 年 月 日現在)

平成27年10月1日改正

介護予防通所介護は、デイサービスセンターにおいて、日常生活上の支援及び、機能訓練その他必要なサービスの提供を行います。

この説明書を御覧いただき本事業の概要等を御理解いただいた上で、御利用くださいますようお願いいたします。

## 1 矢沢デイサービスセンターが提供するサービスについての相談窓口

電話 31-2122 (午前8時30分～午後5時15分まで)

担当 鈴木 愛

## 2 事業者

事業者名称	社会福祉法人 花巻市社会福祉協議会
代表者	会長 高橋 勲
本部所在地	岩手県花巻市石神町364番地
電話番号	0198-24-7222
ファックス番号	0198-22-4283
法人設立年月日	平成18年4月3日

## 3 花巻市社会福祉協議会指定矢沢デイサービスセンターの概要

### (1) 事業所の概要

名称	花巻市社会福祉協議会指定矢沢介護予防通所介護事業所
介護保険指定番号	通所介護 岩手県 第0370500175号
開設年月日	平成 18年 4月 3日
所在地	岩手県花巻市高松第3地割85番地1
管理者	施設長 照井 徳子
法令遵守責任者	花巻市社会福祉協議会常務理事 高橋照幸
電話番号	0198-31-2122
ファックス番号	0198-31-2332
事業所の通常の事業の実施地域	花巻市内
利用定員	35人

### (2) 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
受付時間	午前8時30分～午後5時15分(相談窓口)
営業時間	午前8時30分～午後5時15分(サービス提供時間)
休業日	日曜日、12月29日～1月3日

(3) 事業所の職員体制

	資格	業務内容	人員数	
管理者	社会福祉主事・介護支援専門員	職員及び業務の管理	常勤	1名( )
生活相談員	社会福祉主事・介護支援専門員	サービス提供、相談	常勤	名( )
看護職員	看護師	健康管理、相談、機能訓練	非常勤	名( )
	准看護師		常勤	名( )
介護職員	介護福祉士	通所介護サービスの提供	非常勤	名( )
	ホームヘルパー1・2級修了者等		常勤	名( )
機能訓練指導員	看護師	機能訓練の指導、実施	非常勤	名( )
			常勤	名( )
調理職員	栄養士	食事サービスの提供	非常勤	名( )
	調理師・調理員		常勤	名( )
事務員		請求業務等事務処理	非常勤	名( )
			常勤	名( )

( )内は、兼務者の数値である。

(4) 同センターの設備の概要

食堂兼機能訓練室	245.44㎡ (和室 63.75㎡含む)
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。
休養室	1室 1床
相談室	1室
送迎車	5台

4 提供するサービス内容

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事前把握と課題等の分析（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計画を作成します。

介護予防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家族に対し説明し、利用者の同意を得ます。介護予防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、介護予防通所介護計画書を利用者に交付します。

それぞれの利用者について、介護予防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。

(1) 送迎……………事業者が保有するリフト付車両等で利用者の居宅と事業所までの間の送

迎をします。ただし、道路状況により自動車による送迎が困難な場合は、車イス又は歩行介助により送迎を行うことがあります。

- (2) 食事……………栄養のバランスのとれた昼食を提供します。
- (3) 入浴……………ヘルストン温泉装置により9つの温泉効能があり、天然温泉気分が味わえます。活性石によるミネラルたっぷりの弱アルカリ性のお湯ですので、湯あたりが良く体の芯から温まります。自宅での入浴が難しい方でも大丈夫です。  
職員が介護しますので安心して入浴できます。車イスに乗って入浴できる中間浴リフトや寝たまま入浴できる特殊浴があります。
- (4) 運動器機能向上…利用者の運動器機能の向上を目的として、機能訓練指導員等により利用者の心身等の状況に応じて運動器機能向上実施計画を作成し、訓練を実施します。
- (5) 生活機能向上グループ活動…生活機能の向上を目的として、日常生活を営むのに必要な利用者の機能の減退を予防するため、生活機能向上グループ活動サービスを実施します。
- (6) 生活相談……………常に利用者の心身の状況を把握し、相談援助等の生活指導等その他必要なサービスを利用者の希望に沿って提供します。

## 5 料金

### (1) 利用料金

ア 利用料(利用者負担額)は、月額単位です。

(ア) 1割負担の場合

認定区分 利用料	利用者負担額		算定回数等
	要支援1	要支援2	
基本利用料	1,647円	3,377円	月額単位
生活機能向上グループ活動加算	100円(要支援度による区分なし)		月額単位
運動器機能向上加算	225円(要支援度による区分なし)		月額単位
事業所評価加算	120円(要支援度による区分なし)		月額単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	72円	144円	月額単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	48円	96円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	24円	48円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の4.0%		基本利用料に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の2.2%		
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(Ⅱ)の90/100		
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	(Ⅱ)の80/100 (要支援度による区分なし)		
食事代(食事の提供費用) (全額利用者負担)	390円(要支援度による区分なし)		利用1回につき

(ア) 2割負担の場合

認定区分 利用料	利用者負担額		算定回数等
	要支援1	要支援2	
基本利用料	3,294 円	6,754 円	月額単位
生活機能向上グループ活動加算	200 円 (要支援度による区分なし)		月額単位
運動器機能向上加算	450 円 (要支援度による区分なし)		月額単位
事業所評価加算	240 円 (要支援度による区分なし)		月額単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	144 円	288 円	月額単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	96 円	192 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	48 円	96 円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の4.0%		基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の2.2%		
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(Ⅱ)の90/100		
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	(Ⅱ)の80/100 (要支援度による区分なし)		
食事代(食事の提供費用) (全額利用者負担)	390 円 (要支援度による区分なし)		利用1回につき

※利用料金には、入浴、送迎の料金が含まれます。

イ 運動器機能向上は、希望した場合に加算になります。

ウ 運動器機能向上加算を算定している場合は、生活機能向上加算は算定しません。

エ おむつ代、レクリエーション等にかかる費用等は利用者負担となります。

(2) 支払い方法

利用料金は、1ヵ月毎に金融機関口座振替にてお支払いくださるようお願いいたします。

なお、現金での支払いを希望される場合は、月の最初に利用した日に利用料をお支払い願います。また、昼食代及びその他の費用は御利用のたびごとに料金をいただきますので、帰りまでにお支払いくださるようお願いいたします。

(3) 交通費

花巻市にお住まいの方は、無料です。

ただし、実施地域を越えて行う介護予防通所介護に要した交通費は、実施地域を越えた地点から1km当たり25円を請求します。

その場合には、あらかじめ利用者その家族に対して説明を行い、文書等で利用者又はその家族の同意を得ることとします。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

契約後、速やかに介護予防通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護予防支援事業者と御相談ください。

(2) サービスの終了

ア 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

イ 事業者の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヵ月前までに文書等で通知いたします。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- (ア) 利用者が介護保険施設に入所した場合
- (イ) 利用者の認定区分が、非該当（自立）又は要介護と認定された場合
- (ウ) 利用者が要介護認定を受けられなかった場合
- (エ) 利用者がお亡くなりになった場合

エ その他

- (ア) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者又は家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は事業者が破産した場合、利用者は文書等で解約を通知することによって、直ちにサービスを終了することができます。
- (イ) 利用料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ヵ月以上遅延し、さらに支払いの督促から8日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。
- (ウ) 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、又は利用者の入院若しくは病気等により、3ヵ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、この契約を終了させていただく場合があります。
- (エ) 利用者や家族などが事業者やサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書等で通知することにより、直ちに契約を終了させていただく場合があります。
- (オ) 利用者や家族などの責任において事業者やサービス従事者が損害を被った場合は、利用者や家族にその損害を請求する場合があります。

## 7 当センターのデイサービスの特徴

### (1) 運営の方針

- ア 利用者の要支援状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態の予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行います。
- イ 介護予防通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及び利用者が日常生活を営むことができるよう必要な支援を行います。
- ウ 事業者は、サービス提供に当たっては懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいよう説明を行います。
- エ 介護予防通所介護サービス提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な技術をもってサービスの提供を行います。
- オ 常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供します。特に、認知症の状態にある要支援者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えます。

## (2) サービス利用に当たっての留意事項

### ア 利用の中止、変更、追加

- ・利用者の都合によりサービスの利用を中止する場合は、サービスの実施の前日（前日が日曜日の場合は、土曜日）までに事業所に連絡ください。
- ・サービスを中止した場合、同月内であれば、御希望の日に振り替えることができますので、御相談ください。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんので御了承ください。
- ・サービスの変更又は新たなサービス利用の追加を希望される場合、介護予防支援事業所に御相談ください。

### イ 送迎時間の連絡

- ・送迎時間はある程度設定していますが、天候、道路事情等により時間に変更が生じることを御了承ください。変更が生じる場合、利用者宅に連絡いたします。
- ・送迎時間の変更希望の場合、前日までに事業所に連絡ください。

### ウ 体調確認

- ・看護師による健康チェックを行います。また、体調が悪くなった場合、必要に応じて速やかに主治の医師等に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

### エ 体調不良によりサービスの中止・変更

- ・利用者の体調不良等の理由により介護予防通所介護の実施が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。
- ・風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪くなった場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、家族に連絡の上、適切に対応します。

### オ 介護予防通所介護、送迎、入浴、食事のキャンセル

- ・体調不良等利用者の都合で介護予防通所介護、送迎、入浴、食事をキャンセルする場合、それぞれのキャンセル料はいただきません。

### カ 時間変更

- ・1日のスケジュールはある程度設定していますが、入浴の方法等サービスの種類によって利用者ごとに異なりますので、時間変更がありうることを御了承ください。

### キ 設備、器具の利用

- ・設備、器具等を故意に破損した場合は、自己の費用により原状に復するか、又は相当の代価をお支払いいただきます。

### ク 禁止行為

- ・従事者又は他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような行為及び宗教活動、政治活動、営利活動は禁止いたします。

## 8 介護予防通所介護従事者の禁止行為

介護予防通所介護従事者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

ア 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）

イ 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

ウ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

エ 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）

オ 利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## 9 秘密保持と個人情報の保護

- (1) 事業所の従事者は、サービスを提供する上で、知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。契約終了後及び退職した場合も同様です。
- (2) 事業者は、利用者又は家族からあらかじめ文書等で同意を得た上で、サービス担当者と会議等において利用者又は当該家族の情報を用いる場合があります。

## 10 虐待の防止と身体拘束について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待防止等のために、従業者に対する虐待防止啓発・普及するための研修を実施します。
- (2) 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、自傷他害等の恐れがある場合などは、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及び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、次に掲げることに留意して、必要最低限の範囲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。
  - ①緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
  - ②非代替性……身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・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ます。
  - ③一時性……利用者本人又は他人の生命・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。

## 11 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する緊急連絡先に連絡いたします。

## 12 非常災害対策

- ①非常災害……花巻市社会福祉協議会防災計画に基づき行います。
- ②防災設備……法令に基づいた消火器設備、誘導灯設備、自動火災報知設備を設置しています。
- ③防災訓練……通報、消火、避難誘導の訓練を年2回実施します。
- ④防火管理者……浅沼 孝子

## 13 衛生管理等

- (1) 当施設、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) 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等の助言、指導を求めるとともに連携に努めます。

## 14 事故発生時と賠償

- (1) サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、介護予防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。

- (2) 事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

## 15 サービス内容に関する苦情

- (1) 当事業所における苦情や御相談は次の窓口で受け付けます。

花巻市社会福祉協議会 指定矢沢介護予防通所介護事業所 電話 31-2122	苦情解決責任者 照井 徳子 苦情受付担当者 浅沼 孝子
花巻市社会福祉協議会 電話 24-7222	苦情解決第三者委員 (矢沢デイサービスセンター) 松田 好隆 電話 24-7196 □□□□ 電話 31-2779

- (2) 当事業所以外にも、下記の窓口で苦情・相談の受付をしています。

- |                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| ア 花巻市健康福祉部長寿福祉課                    | 電話 24-2111      |
| イ 岩手県福祉サービス運営適正化委員会                | 電話 019-637-8871 |
| ウ 岩手県国民健康保険団体連合会介護保険課<br>(苦情処理委員会) | 電話 019-623-4325 |
| エ 岩手県県南広域振興局保健福祉環境部                | 電話 0197-22-2850 |

平成 年 月 日



介護予防通所介護のサービス提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 岩手県花巻市石神町364番地  
名称 社会福祉法人 花巻市社会福祉協議会  
会長 高橋 勲 印

事業所 所在地 岩手県花巻市高松第3地割85番地1  
名称 花巻市社会福祉協議会指定矢沢介護予防通所介護事業所

説明者 氏名.....印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防通所介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供を受けることに同意します。

利用者 住 所.....

氏 名..... 印

家族又は代理人 住 所.....

氏 名..... 印

(利用者との続柄又は関係.....)