

# 重要事項説明書

(通所介護)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： 株式会社ケアサポートリング

## 重要事項説明書 (通所介護)

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。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例(平成24年大阪府条例第115号)」第10条の規定に基づき、指定通所介護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	株式会社 ケアサポートリング
代表者氏名	代表取締役 黒岩 徹也
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府堺市南区檜尾114番地1 株式会社ケアサポートリング (TEL072-242-6169・FAX072-242-6069)
法人設立年月日	平成22年9月13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	リハビリデイSHAPE
介護保険指定 事業所番号	大阪府指定 (指定事業所番号) 2770503809
事業所所在地	和泉市池田下町2866番地6
連絡先 相談担当者名	TEL: 0725-57-6555 FAX: 0725-57-6556 相談担当者氏名: (管理者) 田村 いづみ
事業所の通常の 事業の実施地域	和泉市・堺市南区
利用定員	28名

## (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	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、要介護状態にある利用者に対し、適切な指定通所介護の円滑な運営管理を図ると共に、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定通所介護を提供することを目的とする。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"><li>1 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等の介護その他必要な援助を行います。</li><li>2 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。</li><li>3 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ます。</li><li>4 利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。</li><li>5 指定通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医や居宅介護支援事業者へ情報の提供を行います。</li><li>6 前5項の他、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例」(大阪府条例第115号)に定める内容を遵守し、事業を実施します。</li></ol>

## (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとする。 (ただし、12月30日から1月3日までを除く。)
営業時間	午前9時から午後4時15分までとする。

## (4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から金曜日までとする。 (ただし、12月30日から1月3日までを除く。)
サービス提供時間	午前9時から午後4時15分までとする。
延長サービス提供時間	なし

## (5) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 田村 いづみ
-----	-------------

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>4 利用者へ通所介護計画を交付します。</li> <li>5 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。</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。</li> <li>2 それぞれの利用者について、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。</li> </ol>	常勤 1名以上
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2 利用者の静養のための必要な措置を行います。</li> <li>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。</li> </ol>	非常勤 2名以上
介護職員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 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。</li> </ol>	常勤 5名 非常勤 2名以上
機能訓練 指導員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居室において、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。</li> </ol>	常勤 2名 非常勤 3名以上
管理栄養士	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 栄養改善サービスを行います。</li> </ol>	常勤 1名 非常勤 1名
歯科衛生士・ 言語聴覚士	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 口腔機能向上サービスを行います。</li> </ol>	常勤 1名 非常勤 1名
事務職員	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ol>	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
通所介護計画の作成		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通所介護計画を作成します。 2 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 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、通所介護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、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。
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。
	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。
特別なサービス (利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。)	個別機能訓練 (Ⅰ)(Ⅱ)	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。
	栄養改善 注) 1	低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3か月以内まで)
	口腔機能向上 注) 2	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3か月以内まで)

	若年性認知症利用者受入	若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
--	-------------	---

(2) 通所介護従業者の禁止行為

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

- ・ 要介護度 1～5

サービス提供時間数	3時間以上 4時間未満		4時間以上 5時間未満		5時間以上 6時間未満	
	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り) (上段:1割 中段:2割 下段:3割)	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り) (上段:1割 中段:2割 下段:3割)	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り) (上段:1割 中段:2割 下段:3割)
<b>基本単位</b>	3時間以上4時間未満		4時間以上5時間未満		5時間以上6時間未満	
要介護1	3,799円	380円	3,984円	399円	5,853円	586円
		760円		797円		1,171円
		1,140円		1,196円		1,756円
要介護2	4,344円	435円	4,560円	456円	6,912円	692円
		869円		912円		1,383円
		1,304円		1,368円		2,074円
要介護3	4,919円	492円	5,155円	516円	7,979円	798円
		984円		1,031円		1,596円
		1,476円		1,547円		2,394円
要介護4	5,473円	548円	5,751円	576円	9,037円	904円
		1,095円		1,151円		1,808円
		1,642円		1,726円		2,712円
要介護5	6,038円	604円	6,336円	634円	10,105円	1,011円
		1,208円		1,268円		2,021円
		1,812円		1,901円		3,032円

サービス提供時間数	6時間以上 7時間未満		7時間以上 8時間未満		8時間以上 9時間未満	
	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り) (上段:1割 中段:2割 下段:3割)	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り) (上段:1割 中段:2割 下段:3割)	利用料 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り) (上段:1割 中段:2割 下段:3割)
<b>基本単位</b>	6時間以上7時間未満		7時間以上8時間未満		8時間以上9時間未満	
要介護1	5,997円	600円	6,757円	676円	6,870円	687円
		1,200円		1,352円		1,374円
		1,800円		2,028円		2,061円
要介護2	7,076円	708円	7,979円	798円	8,123円	813円
		1,416円		1,596円		1,623円
		2,123円		2,394円		2,437円
要介護3	8,174円	818円	9,243円	925円	9,397円	940円
		1,640円		1,849円		1,880円
		2,453円		2,773円		2,820円
要介護4	9,253円	926円	10,506円	1,051円	10,691円	1,070円
		1,851円		2,102円		2,139円
		2,776円		3,152円		3,208円
要介護5	10,352円	1,036円	11,789円	1,179円	11,995円	1,200円
		2,071円		2,358円		2,399円
		3,106円		3,537円		3,599円

※ 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通所介護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所要時間がやむをえず短くなった場合には、計画上のサービス提供時間数に応じた利用料となります。

なお、計画上の所要時間よりも大きく短縮する場合には、通所介護計画を変更の上、変更後の所要時間に応じた利用料となります。

※ 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。

※ 9時間の通所介護の後に連続して3時間の延長サービスを行った場合には、通所介護と延長サービスの通算時間は12時間であり、2時間分（=12時間-9時間）の延長サービスとして利用料1,027円（利用者負担103円又は206円）、10時間の通所介護の前に連続して1時間、後に連続して2時間、合計3時間の延長サービスを行った場合には、3時間の延長サービスとして、利用料1,540円（利用者負担154円又は308円）が加算されます。

※ 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（又は翌翌月）の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。

※ 当事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者又は同一の建物から通う利用者は、1日につき利用料が965円(利用者負担97円又は193円)減額されます。

「同一建物」とは、指定通所介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建物をいいます。

※ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所において、指定通所介護を行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算する。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別な事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き算定する。

	加 算	利用料	利用者負担額 (上段:1割 中段:2割 下段:3割)	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	575円	58円	個別機能訓練を実施した日
			115円	
			173円	
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	780円	78円	
			156円	
			234円	
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	205円	21円	1月につき1回
			41円	
			62円	
	栄養改善加算	2,054円	206円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
			411円	
			617円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	205円	21円	6月に1回を限度	
		41円		
		62円		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	51円	6円		
		11円		
		16円		
栄養アセスメント	513円	52円	1月につき1回	
		103円		
		154円		
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,540円	154円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度	
		308円		

			462 円	
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,643 円	165 円 329 円 493 円	
	入浴介助加算（Ⅰ）	410 円	41 円 82 円 123 円	入浴介助を実施した日数
	入浴介助加算（Ⅱ）	564 円	57 円	入浴介助を実施した日数
			113 円	
170 円				
若年性認知症利用者受入加算	616 円	62 円	サービス提供日数	
		124 円		
		184 円		
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	225 円	23 円	サービス提供日数	
		45 円		
		68 円		
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	184 円	19 円	サービス提供日数	
		37 円		
		56 円		
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	61 円	7 円	サービス提供日数	
		13 円		
		19 円		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数 の 5/100	左記の 1 割	サービス提供日数	
		左記の 2 割		
		左記の 3 割		
認知症加算	616 円	61 円	認知症高齢者の日常生活自立度 3 以上の利用者に対して、介護職員又は看護職員を指定基準よりも常勤換算方法で複数以上加配している事業所について 1 回当たり評価する。	
		123 円		
		184 円		
中重度者ケア体制加算	462 円	46 円	利用者全員に対して、介護職員又は看護職員を指定基準よりも常勤換算方法で複数以上加配している事業所について 1 回あたり評価する。	
		92 円		
		138 円		
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1,027 円	103 円	訪問リハビリテーション等の外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に 1 月当たり評価する。	
		206 円		
		309 円		
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2,054 円	206 円		
		411 円		

要介護度による区分なし

			617円		
	(個別機能訓練加算算定の場合)	1,027円	103円 206円 309円		
要介護度による区分なし	A D L維持等加算 ( I )	308円	31円 62円 93円	一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、A D L (日常生活動作) の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に1回当たり評価する。	
	A D L維持等加算 ( II )	616円	62円 124円 185円		
	科学的介護推進体制加算	410円	41円 82円 123円		1月につき1回
	介護職員処遇改善加算	( I ) 所定単位数 の 92/1000		左記の 1割	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)
		( II ) 所定単位数 の 90/1000		左記の 2割	
		( III ) 所定単位数 の 80/1000			
		( IV ) 所定単位数 の 64/1000		左記の 3割	

- ※ 送迎について利便性の向上や運転選任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先についてご利用者の居住実態にある場所を含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所のご利用者との同乗を可能とします。
- ※ 個別機能訓練加算は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師あん摩マッサージ師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で六月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練について算定します。
- ※ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、下記の地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、通所介護を行った場合に加算となります。なお、当該加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を越える場合の交通費は徴収しません。中山間地域等：千早赤阪村の全域、太子町の一部（山田）、能勢町の一部（東郷・田尻・西能勢）
- ※ (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。

※ 介護職員処遇改善加算に関しては、1カ月の総合計単位数に地域加算を課します。

#### 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。	
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、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	ご連絡が間に合わず、送迎車のご自宅等に訪問した場合	1,000 円を請求致します。
※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	740 円～（昼食、おやつ、ドリンク代）運営規程の定めに基づくもの	
④ おむつ代	実費分（1枚当り）運営規程の定めに基づくもの	
⑤ 日常生活費	実費分 運営規程の定めに基づくもの	

#### 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	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。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてお届け（郵送）します。
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	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 27 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）事業者指定口座への振り込み （イ）利用者指定口座からの自動振替 （ウ）現金支払い 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。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）

※ 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、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「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いたします
- (4) サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「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) 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 ハラスメントについて

事業所内において行われる優越的な関係を背景にした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超えるハラスメント行為は組織として許容しません。

当該事業所、他事業所の方、ご利用者及びそのご家族等が対象となります。

### (1) 介護現場におけるハラスメントの定義

#### ① 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（職員が回避して危害を免れたケースも含む）

#### ② 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

#### ③ セクシャルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

- (2) 上記の例に該当するような行為があった場合はサービスを中断、契約を解除する場合があります。

- (3) ①ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止案を検討します。

②職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

また定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

③ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除などの措置を講じます。

## 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。

虐待防止に関する責任者	(管理者) 田村 いづみ
-------------	--------------

- (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。
- (5) 介護相談員を受け入れます。
- (6) 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等に通報します。
- (7) 虐待の防止の為の対策を検討する委員会（テレビ電話装置などの活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

## 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、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

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。

## 10 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
---------------------------------	--

<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。</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せぬ。</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せぬ。（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。）</p>
----------------------	---

## 11 緊急時の対応方法について

- ① 対応方法：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せぬ。

### ② 連絡先

（主治医）所属医療機関名 \_\_\_\_\_  
 医師名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

（家族等）：①氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_（自宅/勤務先/携帯）

③ 氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_（自宅/勤務先/携帯）

## 12 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定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せぬ。

また、利用者に対する指定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せぬ。

## 【連絡先】

(保険者) 市町村名 \_\_\_\_\_  
担当部 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

(居宅介護支援事業所) 事業所名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

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	AIG 損害保険株式会社
保険名	介護サービス事業者・介護支援事業者特約付 包括職業賠償責任保険
保障の概要	身体 1 事故につき、1 億円限度

### 13 心身の状況の把握

指定通所介護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。

### 14 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定通所介護の提供に当り、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「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居宅介護支援事業者に送付します。

### 15 サービス提供の記録

- ① 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、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。

### 16 非常対策及び業務継続に向けた取り組みについて

- 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）氏名：（ 田村 いづみ ）

- 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）

- ④ 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施する為、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

します。

- ⑤ 当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

## 17 衛生管理・感染症対策の強化

- ① 指定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 感染症予防及びまん延防止のための訓練、対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に対して周知します。また、指針を整備します。
- 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。

## 18 指定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、あなたの居宅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	利用者負担額
		個別機能訓練(I)	栄養改善	口腔機能向上	送迎	食事提供	入浴			
	9:00 ～ 16:15					保健適用外		円	円	
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額								円	円	

- (2) その他の費用

① 送迎費の有無	重要事項説明書4-①記載のとおりです。
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。

## 19 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 提供した指定通所介護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）

- 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。
- ・苦情又は相談があった場合は、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う。
  - ・相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。
  - ・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、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。

(2) 苦情申立の窓口

<p><b>【事業者の窓口】</b> リハビリデイSHAPE</p>	<p>所在地 和泉市池田下町 2866-6 電話番号 0725-57-6555 受付時間 月～金 9:00～17:00 (祝日除く)</p>
<p><b>【市町村（保険者）の窓口】</b> 和泉市役所 健康福祉部介護保険課</p> <p>堺市健康福祉局 長寿社会部 介護保険課</p> <p>南区役所保険福祉総合センター 地域福祉課介護保険係</p>	<p>所在地 和泉市府中町 2-7-5 電話番号 0725-41-1551 受付時間 月～金 9:00～17:00 (祝日除く)</p> <p>所在地 堺市堺区南瓦町 3-1 電話番号 072-228-7513 受付時間 月～金 9:00～17:00 (祝日除く)</p> <p>所在地 堺市南区桃山台 1-1-1 電話番号 072-290-1812 受付時間 月～金 9:00～17:00 (祝日除く)</p>
<p><b>【公的団体の窓口】</b> 大阪府国民健康保険団体連合会</p>	<p>所在地 大阪府中央区常磐町 1-3-8 電話番号 06-6949-5335 FAX 06-6949-5363 受付時間 月～金 9:00～17:00 (祝日除く)</p>

## 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	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例(平成24年大阪府条例第115号)」第10条の規定に基づき、利用者説明を行いました。

事業者	所在地	堺市南区檜尾 114 番地 1	
	法人名	株式会社 ケアサポートリング	
	代表者名	代表取締役 黒岩 徹也	印
	所在地	和泉市池田下町 2866 番地 6	
	事業所名	リハビリデイ SHAPE	
	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