モ デ ル 重 要 事 項 説 明 書 （通所型サービスC）　　　【R6.4.1～】

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている第１号通所事業について、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、四條畷市介護予防日常生活支援総合事業の通所型サービスCの提供に関する契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。 |

１　第１号通所事業を提供する事業者について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 | （法人種別及び法人の名称） |
| 代表者氏名 | （代表者の役職名及び氏名） |
| 本社所在地（連絡先及び電話番号等） | （法人登記簿記載の所在地）（連絡先部署名）（電話・ﾌｧｯｸｽ番号） |
| 法人設立年月日 | （法人設立年月日） |

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 | 〇〇デイサービスセンター |
| 介護保険指定事業者番号 | 四條畷市指定（指定事業者番号） |
| サービスの種類 | 第１号通所事業（通所型サービスＣ（短期集中型）） |
| 事業所所在地 | （事業所の所在地、ビル等の場合には　建物名称、階数、部屋番号まで） |
| 連絡先相談担当者名 | （連絡先電話・ﾌｧｯｸｽ番号）（部署名・相談担当者氏名） |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | 四條畷市 |
| 利用定員 | （運営規程記載の利用定員を記載） |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援状態または基本チェックリストにおける基準に該当する利用者が、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、運動器の機能向上プログラム等の実施やセルフケア（自分で自己の健康管理を行うこと）に向けた動機づけを行うことによって、要介護状態等となることを予防し、当該事業の卒業後においても地域活動の中で継続的な機能維持を推進し、自立した日常生活を支援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、要支援状態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。 |

1. 事業所窓口の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | （運営規程記載の営業日を記載） |
| 営業時間 | （運営規程記載の営業時間を記載） |

1. サービス提供時間

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | （運営規程記載のサービス提供日を記載） |
| サービス提供時間 | （運営規程記載のサービス提供時間を記載） |

1. 事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | （氏名） |

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 人員数 |
| 管理者 | 常勤　１人 |
| 機能訓練指導員（理学療法士または作業療法士） | 常　勤　　人以上非常勤　　人以上 |
| 介護職員 | 常　勤　　人以上非常勤　　人以上 |
| 管理栄養士または栄養士 | 常　勤　　人以上非常勤　　人以上 |
| 歯科医師（歯科衛生士または言語聴覚士または看護師） | 常　勤　　人以上非常勤　　人以上 |

３　提供するサービスの内容について

1. 提供するサービスの内容について

第１号通所事業（通所型サービスC（短期集中型））は、事業者が設置する事業所に通っていただき、原則３ヶ月までの短期間に専門職が関わり、心身の状況に応じたプログラムを行うことにより、当該事業の卒業後においても自立した日常生活を送ることができるよう支援するサービスです。各プログラムの内容については、以下の表のとおりです。プログラムの実施前に健康チェックを行うとともに、自宅でのセルフトレーニング等の取組状況を確認し、生活改善に向けて指導や相談援助を行います。

また、プログラムの効果を確認するため、サービス利用の前後に生活動作などについて動画を撮影することがあります。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス区分と種類 | サービスの内容 |
| 通所型サービス計画の作成等 | 1. 利用者に係る介護予防支援事業者等が作成した介護予防サービス計画等に基づき、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型サービス計画を作成します。
2. 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。また、計画を作成した際は、利用者に交付します。
3. 通所型サービスの提供に当たっては、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明します。

4　事業者は、計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状況やサービスの提供状況について、介護予防サービス計画等を作成した介護予防支援事業者等に報告します。5　サービス終了後、介護予防支援事業者等は利用者の自宅を訪問し給付サービスを使わずに自立した生活が継続されているのか確認します。6　上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じてサービス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。 |
| 利用者の心身状況に応じたプログラム | 運動器の機能向上プログラム | 利用者の運動器機能を改善し、自立した生活を送り続けることができるようにすることを目的として、個別に実施プログラムを作成し、これに基づいたサービス提供を利用者ごとに行います。（原則として利用開始から3か月以内まで）また、1ヶ月ごとに目標を定め、達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、運動器機能向上計画の修正を行います。 |
| 栄養改善プログラム | 利用者の低栄養状態の予防や改善を図ることを目的として、管理栄養士等が栄養改善プログラムを作成し、これに基づく適切なサービスを実施し、計画期間中に個別的な栄養相談及び評価を月1回行います。（原則として利用開始から3か月以内まで） |
| 口腔機能向上プログラム | 利用者の口腔機能の維持・改善を目的として、歯科衛生士等が口腔機能向上プログラムを作成し、これに基づく適切なサービスの実施、評価等月1回行います。（原則として利用開始から3か月以内まで） |

★１　提供するサービスのみ記載してください。

1. サービス従業者の禁止行為

通所型サービス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う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

４　サービスの利用料について（介護保険を適用する場合）

◎地域区分：４級地（１０．５４円）

（１）通所型サービスC

【基本料金（１回あたり）】

|  |  |
| --- | --- |
| 基本利用料 | 利用者負担額 |
| ５，１０１円 | ３００円 |

**※加算部分などについては、利用者負担はありません。**

（２）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 日常生活費 | ○○円（内訳：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）運営規程の定めに基づくもの |

（３）利用料の目安

|  |  |
| --- | --- |
| １ヶ月あたりのご利用額目安 | 　　　○○円 |

５　支払い方法

上記の利用料（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、○○日以内に差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 支払い要件等 |
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。 |

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. 介護予防支援等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「介護予防サービス計画」等に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、｢通所型サービス計画｣を作成します。なお、作成した｢通所型サービス計画｣は、利用者又は家族にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
4. サービス提供は｢通所型サービス計画｣に基づいて行ないます。なお、｢通所型サービス計画｣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. サービス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充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 | (職・氏名を記載する) |
| 虐待防止に関する担当者 | (職・氏名を記載する) |

1. 成年後見制度の利用を支援します。
2. 苦情解決体制を整備しています。
3. 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。
4. 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
5. 虐待の防止のための指針を作成します。

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、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。

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
 | ア　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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。イ　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。ウ　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。エ　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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| 1. 個人情報の保護について
 | ア　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ん。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ん。イ　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。ウ　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称氏名所在地電話番号 | ○○○○○○○○○○○○○○○－○○○－○○○○ |
| 緊急連絡先（家族等） | 氏名（利用者との続柄）電話番号 | ○○○○（○○○○）○○○－○○○－○○○○ |

11　事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者等（地域包括支援センターより介護予防支援等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。）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービス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。

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 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |

12　心身の状況の把握

サービスの提供に当たっては、介護予防支援事業者等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. サービスの提供に当たり、介護予防支援事業者等及び保健医療サービス又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「通所サービス計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者等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又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又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. サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容等について記録を行い、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
2. 上記のサービス提供記録は、提供の日から５年間保存します。
3. 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　業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時に、利用者に事業を継続的に実施するために次の措置を講じます。

(1)感染症や災害に係る業務継続計画を作成します。

(2)従業者に対する業務継続計画の研修を定期的（年1回以上）に行います。

(3)定期的な業務継続計画の見直し及び変更を行います。

16　衛生管理等

(1) 従事者の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。

(2) 事業所内で感染症が発生の予防及びまん延を防ぐため、次の対策を講じます。

①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設立します。

②感染症対策の指針を整備します。

③従業者に対して定期的に研修及び訓練を実施します。

17　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。
	* 1. 災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（　　　　　　　　　　　　）
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。
	* 1. 避難訓練実施時期：（毎年２回　　　月・　　　月）

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
2. 提供したサービス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）
3. 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。
	* +
		+

指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

1. 苦情申立の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】（事業者の担当部署・窓口の名称） | 所在地 電話番号 ﾌｧｯｸｽ番号 受付時間 |
| 【保険者の窓口】四條畷市　健康福祉部高齢福祉課 | 所在地　四條畷市中野本町1番1号電話番号　072-877-2121 (代表)ﾌｧｯｸｽ番号　072-863-6601 (直通)受付時間　8：45～17：15(土日祝は休み) |
| 【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丁目３－８電話番号　06-6949-5418受付時間　9:00～17:00（土日祝は休み） |

19　重要事項説明の年月日

サービス提供の開始にあたり、上記内容について利用者へ説明しました。

|  |  |
| --- | --- |
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 説明者氏名 |  |

　上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

（署名代行者：　　　　　　　　　　　　　本人との続柄：　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

（メモ）書面で説明・同意等を行うものについて、原則として、電磁的な対応が認められることになりましたので、押印欄が削除されています。