重 要 事 項 説 明 書（みほん） （地域密着型通所介護）

あなたが利用しようと考えている指定地域密着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。

|  |
| --- |
| この「重要事項説明書」は、「門真市指定地域密着型サービス事業者の指定並びに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を定める条例（令和６年４月1日施行）」の規定に基づき、指定地域密着型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　指定地域密着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 | （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 | （指定事業所名称） |
| 介護保険指定  事業所番号 | （指定事業所番号） |
| 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 | （電話番号・ﾌｧｯｸｽ番号）  （職名・氏名） |
| 事業所の通常の  事業の実施地域 | 門真市 |
| 利用定員 | （運営規程の利用定員を記載） |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | （運営規程記載内容の要約を記載） |
| 運営の方針 | （運営規程記載内容の要約を記載） |

1. 事業所窓口の営業日及び営業時間

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

1. サービス提供時間

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | （運営規程のサービス提供日を記載） |
| サービス提供時間 | （運営規程のサービス提供時間を記載） |
| 延長サービス提供時間 | （運営規程の延長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） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 職務内容 | 人員数 |
| 管理者 | 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地域密着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. 利用者へ地域密着型通所介護計画を交付します。 5. 指定地域密着型通所介護の実施状況の把握及び地域密着型通所介護計画の変更を行います。 | 常　勤　１人 |
| 生活相談員 | 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、地域密着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。 | 人以上 |
| 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。 | 人以上 |
| 介護職員 | 1. 地域密着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。 | 人以上 |
| 機能訓練  指導員 | 1. 地域密着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。 | 人以上 |

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 |
| 地域密着型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地域密着型通所介護計画を作成します。 2. 地域密着型通所介護計画の作成にあたっては、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. 地域密着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、地域密着型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、地域密着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。 |
| 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。 |
| 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。 |

（メモ）利用者との間で、提供するサービスに関して疑義や誤解が生じないよう、サービス内容は、できるだけ具体的に記述するようにしてください。

1. 地域密着型通所介護従業者の禁止行為

地域密着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う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
6. 介護保険サービスで提供するサービスの単位数について　　　　　　　　 2024年４月現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス  提供時間  事業所区分  要介護度 | | 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 |
| 基本単位 | 基本単位 | 基本単位 |
| 地域密着型 | 要介護１ | ４１６ | ４３６ | ６５７ |
| 要介護２ | ４７８ | ５０１ | ７７６ |
| 要介護３ | ５４０ | ５６６ | ８９６ |
| 要介護４ | ６００ | ６２９ | １，０１３ |
| 要介護５ | ６６３ | ６９５ | １，１３４ |
|  | 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 |
| 基本単位 | 基本単位 | 基本単位 |
| 要介護１ | ６７８ | ７５３ | ７８３ |
| 要介護２ | ８０１ | ８９０ | ９２５ |
| 要介護３ | ９２５ | １，０３２ | １，０７２ |
| 要介護４ | １，０４９ | １，１７２ | １，２２０ |
| 要介護５ | １，１７２ | １，３１２ | １，３６５ |

※　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地域密着型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計画時間数を短縮する場合は、その日に係る地域密着型通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに地域密着型通所介護計画の見直しを行います。

* + 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時間以上のサービス提供を行う場合で、その提供の前後に引き続き日常生活上の世話を行った場合は、延長加算として下記が追加されます。

通算時間が、９時間以上１０時間未満の場合、５０単位

１０時間以上１１時間未満の場合、１００単位

１１時間以上１２時間未満の場合、１５０単位

１２時間以上１３時間未満の場合、２００単位

１３時間以上１４時間未満の場合、２５０単位

* + ２時間以上３時間未満のサービス提供を行う場合は、所定単位数の７０／１００に相当する単位数を算定します。
  + 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合又は地域密着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。
  + 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日に付き９４単位が減算されます。

同一の建物とは、指定地域密着型通所介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物をいいます。

* + 利用者に対し、その居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合（ご家族が送迎される場合等）は、片道につき４７単位が減算されます。
  + 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、当該月の利用者数の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５％以上減少している場合は、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３％に相当する単位数が加算されます。
  + 感染症もしくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合は、１単位が減算されます。
  + 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は、１単位が減算されます。

1. 加算単位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 2024年４月現在

※算定しない加算は表から削除してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加算 | | 基本  単位 | 算定回数等 |
|
| 要介護度による区分なし | 入浴介助加算（Ⅰ） | ４０ | １日につき |
| 入浴介助加算（Ⅱ） | ５５ |
| 中重度ケア体制加算 | ４５ | １日につき |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | １００ | １月につき。３月に１回を限度 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | ２００ | １月につき  ※個別機能訓練加算を算定している場合は１月につき  １００単位 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ | ５６ | 個別機能訓練を実施した日数 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ | ７６ |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | ２０ | 1月につき |
| ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ） | ３０ | 1月につき |
| ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ） | ６０ |
| 認知症加算 | ６０ | 1日につき |
| 若年性認知症利用者受入加算 | ６０ | 1日につき |
| 栄養アセスメント加算 | ５０ | 1月につき |
| 栄養改善加算 | ２００ | １回につき。３か月以内の期間に限り１月に２回を限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | ２０ | １回につき。６月に１回を限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | ５ |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | １５０ | １回につき。３か月以内の期間に限り１月に２回を限度 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | １６０ |
| 科学的介護推進体制加算 | ４０ | 1月につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | ２２ | １日につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | １８ |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | ６ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位の ５９／１０００ | １月につき  所定単位：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） | 所定単位の ４３／１０００ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） | 所定単位の ２３／１０００ |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位の  １２／１０００ | １月につき  所定単位：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） | 所定単位の  １０／１０００ |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 所定単位の  １1／１０００ | １月につき  所定単位：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数 |

* + 入浴介助加算は、入浴介助技術の向上や利用者の居宅における自立した入浴への取組を促進する体制を整え、入浴中の利用者の観察を含む入浴介助を行った場合に算定します。
  + 中重度者ケア体制加算は、中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続を目指したケアを計画的に実施できる体制を整えている場合に算定します。
  + 生活機能向上連携加算は、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション事業所もしくは医療提供施設の理学療法士等が、当事業所の機能訓練指導員等と共同で利用者の状況の評価及び個別機能訓練計画を作成し、これに基づいた機能訓練を提供した場合に算定します。
  + 個別機能訓練加算は、理学療法士等が多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行っている場合に算定します。
  + ＡＤＬ維持等加算は、一定期間に当事業所を利用した者のうち、ＡＤＬ（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算定します。
  + 認知症加算は、認知症の利用者に認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施する体制を整えている場合に算定します。
  + 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症（４０歳から６４歳まで）の利用者に対して地域密着型通所介護を行った場合に算定します。
  + 栄養アセスメント加算は、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行い、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出（ＬＩＦＥに登録）し、当該情報を活用して利用者に栄養管理を実施した場合に算定します。
  + 栄養改善加算は、低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して個別的に栄養食事相談等の栄養管理を実施し、利用者の心身の状態を維持又は向上させる栄養改善サービスを行った場合に算定します。
  + 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行い、担当する介護支援専門員に情報提供を行った場合に算定します。
  + 口腔機能向上加算は、口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種協働で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施等の口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。
  + 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出（ＬＩＦＥに登録）し、当該情報を活用して利用者に地域密着型通所介護を行った場合に算定します。
  + サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出した事業所が、利用者に地域密着型通所介護を行った場合に算定します。
  + 介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
  + 介護職員等特定処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等特定処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
  + 介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等ベースアップ等支援加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
  + 単位数に地域区分別の単価(３級地 １０．６８円)をかけることで利用額を算出できます。
  + (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等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

（メモ）前記のうち、サービス内容に相違がないように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

４　その他の費用について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① 送迎費 | | （運営規程に定める送迎費を記載） | |
| 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 |
| １２時間前までにご連絡の場合 | １提供当りの料金の  〇〇％を請求いたします。 |
| １２時間前までにご連絡のない場合 | １提供当りの料金の  〇〇％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 | ○○円（１食当り　食材料費及び調理コスト）  運営規程の定めに基づくもの | | |
| ④ おむつ代 | ○○円（１枚当り）  運営規程の定めに基づくもの | | |
| ⑤ 日常生活費 | ○○円（内訳：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）運営規程の定めに基づくもの | | |

（メモ）運営規程と記載内容を一致させてください。

キャンセル料を請求するしない及びその徴収率等の設定については、各事業者において決

定する事項です。キャンセル料を請求しない場合には、この条項の記載は不要です。

利用者からのキャンセル通知の時間帯区分は、利用者に配慮した時間帯設定として例示では「２４時間」を目安時間として掲げています。

その他の費用の額は、実費相当としてください。また日常生活費の取扱いについては、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて　H12.3.30付け老企第54号」を参照した上で、運営規程にてその定めを行ってください。

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 | 1. 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。 2. 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてにお届け（郵送）します。 |
| 1. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | 1. 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△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   1. 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します。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。） |

* + 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。

（メモ）②のアに記載する支払い方法はあくまで例示です。利用者の利便性に配慮し、支払い方法の

選択ができるよう、複数の支払方法を提示することが望ましいです。

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、｢地域密着型通所介護計画｣を作成します。なお、作成した「地域密着型通所介護計画」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「地域密着型通所介護計画｣に基づいて行います。なお、「地域密着型通所介護計画」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. 地域密着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います。
6. 利用者は地域密着型通所介護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地域密着型通所介護従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるようにしてください。

７　虐待の防止について

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護や虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げ

るとおり必要な措置を講じています。

① 虐待の防止に関する責任者を選定しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待の防止に関する責任者 | (職・氏名) |

② 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的に開催しています。また、結果を従業者へ周知しています。

③ 虐待の防止のための指針を整備しています。

④ 苦情解決体制を整備しています。

⑤ 従業者に対する虐待の防止を啓発･普及するための研修を定期的（年〇回・運営規程と一致）実施しています。

⑥ 成年後見制度の利用を支援します。

⑦ その他虐待の防止のための必要な措置を講じます。

(2) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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、これを門真市に通報します。

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（研修の実施等）を積極的に行っています。

(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 | ① 事業者は、利用者又はその家族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。  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又は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、その秘密を保持するべき旨を、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 | 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。  ② 事業者は、利用者又は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。

|  |  |
| --- | --- |
| 【協力医療機関】  （協力医療機関一覧） | 医療機関名  所 在 地  電話番号  ﾌｧｯｸｽ番号  受付時間  診 療 科 |
| 【主治医】 | 医療機関名  氏 名  電話番号 |
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏　　名　　　　　　　　　　　続柄  住　　所  電話番号  携帯電話 |

（メモ）緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族等の連絡先については、本重要事項説明書の内容を

すべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

11　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定地域密着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す。また、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供又は送迎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（保険者）の窓口】  門真市　高齢福祉課 | 所 在 地　門真市中町１番１号  電話番号　０６－６９０２－６３０１ (直通)  受付時間　9：00～17：30(土日祝・年末年始は休み) |
| 【居宅支援事業所の窓口】 | 事業所名  所 在 地  電話番号  担当介護支援専門員 |

（メモ）事故発生時の対応方法に掲げる市町村、居宅介護支援事業者等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入し

ています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 損害賠償  責任保険 | 保険会社名 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |

12　心身の状況の把握

指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、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。

13　居宅介護支援事業者等との連携

① 指定地域密着型通所介護の提供にあたり、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「地域密着型通所介護計画」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居宅介護支援事業者に送付します。

14　サービス提供の記録

① 指定地域密着型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、その記録はサービスを提供した日から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。

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っています。

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ています。

③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っています。

避難訓練実施時期：（毎年〇回　〇月・〇月）

④ 事業所は、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

16　衛生管理等

(1)　利用者の使用する施設、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、必要に応じて保健所の助言、指導を求めます。

(2)　事業所おいて、感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げるとおり必要な措

置を講じています。

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設置

し、おおむね６月に一回以上開催しています。また、結果を従業者に周知しています。

② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。

③ 従業者に感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施しています。

17　地域との連携について

① 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めています。

② 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね６月に１回以上運営推進会議を開催しています。

③ 運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表しています。

18　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、利用者に対する事業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計画（以下、「業務継続計画」と言います。）を策定しています。

(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に実施しています。

(3) 定期的に業務継続計画の見直し及び変更を行っています。

19　指定地域密着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) 提供予定の指定地域密着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 | 利用者負担額 |
| 個別機能訓練 | 栄養  改善 | 口腔機能向上 | 送迎 | 食事  提供 | 入浴  介助 |
|  | :  　～  　: |  |  |  |  | 保険適用外 |  |  | ○○○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 | （目安金額の記載） |

* + 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。

（メモ）なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用料金表の活用も可能です。

* + この見積もりの有効期限は、説明の日から1か月以内とします。

20　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. 提供した指定地域密着型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）
   2. 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。

指定申請時に提出した「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】 | 所 在 地  電話番号  ﾌｧｯｸｽ番号  受付時間 |
| 【市町村（保険者）の窓口】  門真市　高齢福祉課 | 所 在 地　門真市中町１番１号  電話番号　０６－６９０２－６３０１ (直通)  受付時間　9：00～17：30  (土日祝・年末年始は休み) |
| 【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番８号  中央大通ＦＮビル内  電話番号　０６－６９４９－５４１８  受付時間　9:00～17:00  （土日祝・年末年始は休み） |

(メモ)利用者の被保険者が門真市以外の場合、当該保険者の窓口を記載してください。

21　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 | 年　　　月　　　日 |

上記内容について、「門真市指定地域密着型サービス事業者の指定並びに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を定める条例（令和６年４月１日施行）」に基づき、利用者に説明を行いました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

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

（メモ）

重要事項説明書の内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が記名（署名）を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことから、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかし、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお、手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の氏名、続柄を付記することで差し支えないものと考えます。

（例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | 門真市〇〇町〇〇丁目〇番〇号 |
| 氏　名 | 門真　　太郎　印 |

　　　　　　　　　　　　上記署名は、門真　花子（長女）が代行しました。