

## 指定介護予防通所介護 重要事項説明書【R7.4.1～】

この重要事項説明書は、指定介護予防通所介護の契約にあたり、事業者の概要または提供されるサービスの内容など、契約する上でご理解いただきたい事項を記載しているものです。

### 1 指定介護予防型通所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 ホワイト
代表者氏名	代表取締役 張井 寿行
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	〒653-0039 兵庫県神戸市長田区日吉町 2-1-2 アスタピア新長田公園通り 111 (電話 078-754-7093・ファックス番号 078-754-7094)
法人設立年月日	平成 23 年 3 月 3 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	Days 鷹取
介護保険指定 事業者番号	神戸市指定（指定事業者番号 2870603525）
事業所所在地	〒653-0038 神戸市長田区若松町 11 丁目 5 番 17 号 グレイス若松 102
連絡先 責任者名	(連絡先電話 078-754-6176・ファックス番号 078-754-6177) (責任者名 岡島 久代)
事業所の通常の 事業の実施地域	神戸市長田区、須磨区、兵庫区、垂水区
利用定員	40名
最寄り駅	鷹取駅より 499m 徒歩 約 6 分
開設年月日	令和 3 年 12 月 1 日
施設概要	構造：鉄筋コンクリート 延床：377.01 m <sup>2</sup> 機能訓練室：有 浴室：有

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	株式会社ホワイトが設置する Days 鷹取（以下「事業所」という。）において実施する指定通所介護、指定介護予防通所サービス事業（以下「事業」という。）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、要介護状態〔要支援状態〕の利用者に対し、適切な指定通所介護、指定介護予防通所サービス事業を提供することを目的とする。
運営の方針	指定介護予防通所サービスの提供にあたって、要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

## (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	営業日：月曜日～土曜日 休 日：日曜日・12月30日～1月3日
営 業 時 間	9：00 ～ 17：00

## (4) サービス提供時間

サービ提供日	営業日：月曜日～土曜日 休 日：日曜日・12月30日～1月3日
サービス提供時間	9：00 ～ 17：00

## (5) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 岡島 久代
-----	------------

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介護予防型通所サービス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 利用者へ介護予防型通所サービス計画を交付します。 5 指定介護予防型通所サービスの実施状況の把握及び介護予防型通所サービス計画の変更を行います。	1 名以上
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、介護予防型通所サービス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 名以上
看護職員 (看護師・ 准看護師)	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。	1 名以上
介護職員	1 介護予防型通所サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	1 名以上
機能訓練 指導員	1 介護予防型通所サービス計画に基づき、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。	1 名以上
管理栄養士	1 栄養改善サービスを行います。	
歯科衛生士・ 言語聴覚士	1 口腔機能向上サービスを行います。	
事務職員	1 第 1 号事業支給費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	1 名以上

### 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
介護予防型通所サービス計画の作成等		<ol style="list-style-type: none"> <li>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（ケアプラン）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介護予防型通所サービス計画を作成します。</li> <li>2 介護予防型通所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。</li> <li>3 指定介護予防型通所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。</li> <li>4 指定介護予防型通所サービスの事業者は、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。</li> <li>5 介護予防型通所サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防型通所サービス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、当該介護予防型通所サービス計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。</li> <li>6 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型通所サービス計画の変更を行います。</li> </ol>
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。
★ 1 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。)	生活機能向上連携	外部のリハビリテーション専門職との連携により、利用者の身体の状態の評価を行い、個別機能訓練計画を作成し、これに基づきサービス提供を行います。
	生活機能向上グループ活動 注) 1	利用者の生活機能の向上を目的として、利用者ごとに生活機能の向上の達成目標を設定し作成した介護予防型通所サービス計画に基づき、共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して日常生活上の支援のための活動（週 1 回以上）を提供します。
	運動器機能向上 注) 2	利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、長期目標（概ね 3 か月程度）及び短期目標（概ね 1 ヶ月程度）を設定し、個別に運動機能向上計画を策定し、これに基づいたサービス提供を利用者ごとに行います。（概ね 3 か月程度） また、利用者の短期目標に応じて、概ね 1 ヶ月ごとに短期目標の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。
	栄養アセスメント	管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して、低栄養状態及び課題を把握し、利用者又はその家族に対して、その結果を説明し、相談等に応じます。
	栄養改善 注) 3	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・栄養スクリーニング	口腔の健康状態又は栄養状態の確認を行います。
	口腔機能向上 注) 4	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）
	選択的サービスの複数実施	生活機能の向上に資する選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のプログラムを組み合わせ、利用時に必ずいずれかの選択的サービス実施した場合の評価を行います。
	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。

注) 1 実施期間終了後に、達成目標に到達しなかった場合には、介護予防支援事業者等によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注) 2 実施期間終了後に、介護予防支援事業者等によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、引き続きサービスを受けることができます。

- 注) 3 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。
- 注) 4 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

## (2) 介護予防型通所サービス従業者の禁止行為

介護予防型通所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なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## (3) 通所介護、指定介護予防通所サービスの利用にあたっての留意事項について

- 利用者・家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高い支援を提供できるよう以下についてご協力ください。

ペットをゲージへ入れる、リードにつなぐ等の協力をお願いします。

大切なペットを守るため、また職員が安全に支援を行うためにも、訪問中はリードをつけていただくか、ゲージや居室以外の部屋へ保護するなどの配慮をお願いします。

職員がペットに噛まれる等の事故が発生した場合、治療費等のご相談をさせていただく場合がございます。

- 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断わりします。

職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

《ハラスメント例》

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

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。

好意的な態度の要求、性的な誘いかけや性的な嫌がらせ行為。

職員の個人情報（住所や個人電話番号、家族構成）の聞き取り行為。

信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

(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  
3 時間以上の方

サービス 提供区分		介護予防型通所サービス費（Ⅰ）				介護予防型通所サービス費（Ⅱ）	
		事業対象者・要支援 1 週 1 回程度の利用が必要な場合 （単位数 1, 798）		要支援 2 週 1 回程度の利用が必要な場合 （単位数 1, 798）		事業対象者・要支援 2 週 2 回程度の利用が必要な場合 （単位数 3, 621）	
		利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者負担額
1 割負担	基本	18, 950円/月	1, 896円/月	18, 950円/月	1, 896円/月	38, 165円/月	3, 817円/月
日割りとなる場合	基本	621円/日	62円/日	621円/日	62円/日	1, 254円/日	125円/日
2 割負担	基本	18, 950円/月	3, 792円/月	18, 950円/月	3, 792円/月	38, 165円/月	7, 633円/月
日割りとなる場合	基本	621円/日	124円/日	621円/日	124円/日	1, 254円/日	250円/日
3 割負担	基本	18, 950円/月	5, 688円/月	18, 950円/月	5, 688円/月	38, 165円/月	11, 449円/月
日割りとなる場合	基本	621円/日	186円/日	621円/日	186円/日	1, 254円/日	376円/日

3 時間未満の方

サービス 提供区分		介護予防型通所サービス費（Ⅰ）				介護予防型通所サービス費（Ⅱ）	
		事業対象者・要支援 1 週 1 回程度の利用が必要な場合 （単位数 1, 528）		要支援 2 週 1 回程度の利用が必要な場合 （単位数 1, 528）		事業対象者・要支援 2 週 2 回程度の利用が必要な場合 （単位数 3, 078）	
		利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者負担額
1 割負担	基本	16, 105円/月	1, 611円/月	16, 105円/月	1, 611円/月	32, 442円/月	3, 245円/月
2 割負担	基本	16, 105円/月	3, 222円/月	18, 950円/月	3, 222円/月	38, 165円/月	6, 490円/月
3 割負担	基本	16, 105円/月	4, 833円/月	18, 950円/月	4, 833円/月	38, 165円/月	9, 735円/月

※ 日割りとなる場合とは、以下のような場合で、（ ）内の日をもって日割り計算を行います。

- ・ 月途中からサービス利用を開始した場合（契約日）
- ・ 月途中でサービス利用を終了した場合（契約解除日）
- ・ 月途中に要介護から要支援に変更になった場合（変更日）
- ・ 月途中に要支援から要介護に変更になった場合（変更日）
- ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合（変更日）

	★2加 算	利用料	利用者 負担額	算 定 回 数
要 支 援 度 に よ る 区 分	生活機能向上グループ活動加算 （単位数 100）	1, 054円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回
	一体的サービス提供加算 （単位数 480）	5, 059円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回
	栄養アセスメント加算 （単位数 50）	527円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回
	栄 養 改 善 加 算 （単位数 200）	2, 108円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回

	口腔機能向上加算（Ⅰ） （単位数 150） 口腔機能向上加算（Ⅱ） （単位数 160）		1, 581円 1, 686円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回	
	選択的サービス複数実施加算 （1）（2）（3）（単位数 480） （4）（単位数 700）	（1）運動器機能向上及び栄養改善 （2）運動器機能向上及び口腔機能向上 （3）栄養改善及び口腔機能向上 （4）運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	5, 059円 5, 059円 5, 059円 7, 378円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による） 左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回	
	事業所評価加算 （単位数 120）		1, 265円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回	
	若年性認知症利用者受入加算 （単位数 240）		2, 530円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回	
	生活機能向上連携加算 （単位数 Ⅰ 100） （単位数 Ⅱ 200） ※運動器機能向上加算を算定している場合 （単位数 100）	（Ⅰ）1, 054円 （Ⅱ）2, 108円 ※運動器機能向上加算を算定している場合 1, 054円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	（Ⅰ）3 月に 1 回 （Ⅱ）1 月に 1 回		
	口腔・栄養スクリーニング加算 （単位数 Ⅰ 20） （単位数 Ⅱ 5）	（Ⅰ）211円 （Ⅱ）53円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	6 月に 1 回		
	介護職員等処遇改善加算	（Ⅰ） 所定単位数の 92/1000 （Ⅱ） 所定単位数の 90/1000 （Ⅲ） 所定単位数の 80/1000 （Ⅳ） 所定単位数の 64/1000	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	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）		
	科学的介護推進体制加算 （単位数 40）		422円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回	
区分あり	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ） 88 単位	事業対象者 要支援 1、2 （週 1 回程度）	928 円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	1 月に 1 回
		（Ⅰ） 176 単位	事業対象者 要支援 2 （週 2 回程度）	1, 855 円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	
		（Ⅱ） 72 単位	事業対象者 要支援 1、2 （週 1 回程度）	759 円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	
		（Ⅱ） 144 単位	事業対象者 要支援 2 （週 2 回程度）	1, 518 円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	
		（Ⅰ）口 （一） 48 単位	事業対象者 要支援 1、2 （週 1 回程度）	506 円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	
		（Ⅰ）口 （二） 96 単位	事業対象者 要支援 2 （週 2 回程度）	1, 012 円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	
		（Ⅲ） 24 単位	事業対象者 要支援 1、2 （週 1 回程度）	253 円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	
		（Ⅲ） 48 単位	事業対象者 要支援 2 （週 2 回程度）	506 円	左記の 1 割、2 割、3 割 （負担割合による）	

区分あり

- ※ 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型通所サービス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（又は翌々月）の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。
- ※ 事業所と同一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 月につき利用料が週 1 回程度利用（要支援 1、2 又は事業対象者）は 4,030 円（利用者負担 403 円）、週 2 回程度利用（要支援 2 又は事業対象者）は 8,061 円（利用者負担 807 円）減額されます。
- 「同一建物」とは、指定介護予防型通所サービス事業所と構造上又は外形上、一体的な建物をいいます。
- ※ 業務継続計画未策定減算  
感染症もしくは災害のいずれかまたは両方の業務継続計画が未策定の場合、所定単位数の 1/100 減算とする。
- ※ 高齢者虐待防止措置未実施減算  
虐待の発生またはその他再発を防止するための措置を講じられていない場合、所定単位数の 1/100 減算とする。

◎ 1 単位＝10.54 円で計算しています。

#### 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 食事の提供に要する費用	800 円（1 食当りの食材料費及び調理コスト）運営規程の定めに基づくもの おやつ代 100 円（飲み物代含む）
③ おむつ代	100 円（1 枚当り）運営規程の定めに基づくもの
④ 日常生活費	その他費用が掛かる物 実費 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	<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中旬に利用者あてお届け（郵送）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 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）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</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。（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。）</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 1 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支援事業者等が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」等に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防型通所サービス計画」を作成します。なお、作成した「介護予防型通所サービス計画」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「介護予防型通所サービス計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防型通所サービス計画」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) 介護予防型通所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	岡島 久代（管理者）
虐待防止に関する担当者	岡島 久代（管理者）

- (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) 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。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成します。

・養介護施設従業者等による高齢者虐待通報専用電話

（監査指導部内）

電話 078-322-6774

受付 8:45~12:00、13:00~17:30（平日）

・ 家庭内の高齢者虐待

お近くのあんしんすこやかセンター又は  
区役所・支所あんしんすこやか係

## 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、次に掲げることについて留意して、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します。
- (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します。
- (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

<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>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
---------------------------------	---

② 個人情報の保護について	<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。</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します。</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。）</p>
---------------	---

#### 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。

#### 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型通所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、利用者に対する指定介護予防型通所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	あいおいニッセイ同和損保株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合等の賠償リスクを総合的にカバーする賠償責任保険

#### 12 心身の状況の把握

指定介護予防型通所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 指定介護予防型通所サービスの提供に当り、介護予防支援事業者等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「介護予防型通所サービス計画」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等に送付します。

#### 14 サービス提供の記録

- ① 指定介護予防型通所サービスの実施ごとに、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 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症にかかる業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的に（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動ができるよう、訓練を実施します。

#### 16 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。  
災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（ 岡島 久代 ）
- 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1回12月）

#### 17 衛生管理等

- (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) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 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実施します。
- (4) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

#### 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
  - ア 提供した指定介護予防型通所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）
  - 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。
- (2) 苦情申立の窓口

<b>【事業者の窓口】</b> （事業者の担当部署・窓口の名称）	所 在 地 神戸市長田区若松町 11 丁目 5 番 17 号 グレイス若松 102 Days 鷹取 岡島 久代（管理者） 電話番号 078-754-6176 ファックス番号 078-754-6177 受付時間 月～土 9：00～17:00 （ただし祝日及び12月30日～1月3日を除く）
<b>【市町村（保険者）の窓口】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 神戸市福祉局監査指導部            電話 078-322-6326            受付 8:45～12:00, 13:00～17:30（平日）</li> <li>・ 養介護施設従業者等による高齢者虐待通報専用            電話（監査指導部内）            電話 078-322-6774            受付 8:45～12:00, 13:00～17:30（平日）</li> <li>・ 神戸市消費生活センター            電話 078-371-1221            受付 9:00～17：00（平日）</li> <li>・ 兵庫県国民健康保険団体連合会            電話 078-332-5617            受付 8:45～17:15（平日）</li> </ul>

19 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

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

上記内容について、利用者又は代理人に対し、契約書及び本書面に基づいて通所介護について利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	〒653-0039 兵庫県神戸市長田区日吉町 2-1-2 アスタピア新長田公園通り 111
	法人名	株式会社ホワイト
	代表者名	代表取締役 張井 寿行
	事業所名	Days 鷹取
	説明者氏名	

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	

代理人	住所	
	氏名	