

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要支援状態にある方に対し、適正な通所介護を提供することにより要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。
また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業所の内容

(1) 提供できるサービスの地域

| | |
|------------|----------------------------------|
| 事業所名 | 株式会社ホットスペース デイサービスよりそい |
| 指定番号 | 3571600752 |
| 所在地 | 山口県山陽小野田市大字小野田 3851 番地 11 |
| 管理者氏名 | 末繁 理恵 |
| 電話・FAX番号 | 電話 0836-43-7110 FAX 0836-43-7126 |
| 通常の事業の実施地域 | 山陽小野田市、宇部市 |

(2) 事業所の従業者体制

| 職種 | 従事するサービス種類・業務 | 人員 |
|---------|--------------------|------|
| 管理者 | 業務の一元的な管理 | 1名 |
| 生活相談員 | 日常生活上の相談及び指導 | 1名以上 |
| 看護職員 | 健康管理や療養上のお世話 | 1名以上 |
| 介護職員 | 入浴、排泄、食事等の介護業務 | 2名以上 |
| 機能訓練指導員 | 身体機能の向上・健康維持のための指導 | 1名以上 |

| 職種 | 職務内容 |
|---------|--------------------|
| 生活相談員 | 日常生活上の相談業務及び指導 |
| 看護職員 | 健康管理や療養上のお世話 |
| 介護職員 | 入浴、排泄、食事等の介護業務 |
| 機能訓練指導員 | 身体機能の向上・健康維持のための指導 |

(3) 設備の概要

| | |
|-----------|--|
| 食 堂 | 利用者の全員が利用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が利用できるテーブル・椅子・箸や食器類などの備品類を備えます。 |
| 機 能 訓 練 室 | 利用者が利用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。 |
| その他の設備 | 設備としてその他に、静養室・相談室・事務室等を設けます。 |

(4) 定員及び営業時間帯

| 営 業 日 | 定 員 | 営 業 時 間 帯 | サービス提供時間 |
|--------------------|-----|------------|------------|
| 月曜日～土曜日 (祝日も含む) | 22名 | 8:00～17:00 | 9:00～16:10 |

3. サービスの内容

| | |
|-----------------|---|
| 送 迎 サ ー ビ ス | 送迎車により、事業所から自宅へ向かい、午前9時までに事業所に到着。午後4時以降に自宅へお送りいたします。 |
| 食 事 サ ー ビ ス | 栄養バランスのとれた献立を作成し、職員手作りのお食事を提供いたします。 |
| 排 泄 サ ー ビ ス | 介助が必要な場合は、トイレ誘導・排泄介助をいたします (オムツ利用の方はオムツを持参下さい) |
| 入 浴 サ ー ビ ス | 見守りや直接介助により、入浴を提供いたします。 |
| 機 能 訓 練 | 日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。 |
| 生 活 相 談 | 事業者の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。 |
| レ ク リ エ ー シ ョ ン | 利用者の身体的・精神的な安定を図り、個々の生きがいや楽しみ等を援助します。(行事によっては、材料費等がかかるのもあります) |

4. 利用料金

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

◇ 介護報酬告示額

第1号介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分：介護予防通所介護相当】

| サービス名称 | 対象 | サービスの内容 | 算定単位 |
|----------|----------------|---------------------------|---------|
| 通所型サービス1 | 事業対象者、 要支援1 | 週1回程度の通所が必要とされた方に対する包括的支援 | 1,672単位 |
| 通所型サービス2 | 事業対象者、 要支援2 | 週2回程度の通所が必要とされた方に対する包括的支援 | 1,978単位 |
| | | | 3,428単位 |

(注1) 上記の算定単位は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら算定単位も自動的に改訂されます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

| 減算の種類 | 減算の要件（概要） | | 減算額 | |
|----------------------------|--------------------------------|-------------|---------------|---------------|
| | | | 利用者負担 (1割) | 利用者負担 (2割) |
| 事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算 | 利用者が事業所と構造上又は外形上、一体的な建物に居住する場合 | 要支援1 相 当 | 376円 | 752円 |
| | | 要支援2 相 当 | 752円 | 1,504円 |

◇ その他の費用

| | | | |
|-------|----------------------------|------|------|
| 食 費 | 食事の提供を受けた場合 | 昼食 | おやつ |
| | | 600円 | 100円 |
| 送迎費用 | 通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートル | | 50円 |
| 日常生活費 | レクリエーション材料費・行事費（個人的な買物・外出） | | 実 費 |
| おむつ代 | 使用される方は各自ご持参下さい | | |

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮下さい。
- ④ 従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤ お弁当の持込はご希望により応じておりますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面、及びこれに関わる事故(食中毒等)につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上、利用者及び従業員等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれからの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため、業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

| | |
|--------|----------------------------------|
| ご利用相談室 | 株式会社ホットスペース デイサービスよりそい |
| 窓口担当者 | 末繁 理恵（管理者） |
| ご利用日時 | 平日 午前8時00分～午後5時00分（土・日・祝を除く） |
| ご利用方法 | 電話 0836-43-7110 FAX 0836-43-7126 |

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

| | |
|----------|----------------------------------|
| 公的機関名 | 山陽小野田市役所 高齢福祉課 |
| 所在地 | 山口県山陽小野田市日の出1丁目1番1号 |
| 電話・FAX番号 | 電話 0836-82-1172 FAX 0836-82-9082 |
| 受付時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分（土日、祝日を除く） |

| | |
|----------|----------------------------------|
| 公的機関名 | 宇部市役所 介護保険課 |
| 所在地 | 山口県宇部市常盤町1丁目7番1号 |
| 電話・FAX番号 | 電話 0836-34-8396 FAX 0836-22-6026 |
| 受付時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分（土日、祝日を除く） |

| | |
|----------|----------------------------------|
| 公的機関名 | 山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談係 |
| 所在地 | 山口県山口市朝田1980番地7 |
| 電話・FAX番号 | 電話 083-995-1010 FAX 083-934-3665 |
| 受付時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分（土日、祝日を除く） |

13. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

| | |
|---------|-----------------------|
| 名 称 | 吉中内科医院 |
| 住 所 | 山口県山陽小野田市住吉本町1丁目3番17号 |
| 電 話 番 号 | 0836-84-5177 |

| | |
|---------|------------------|
| 名 称 | 恩田ホームクリニック |
| 住 所 | 山口県宇部市草江2丁目1番45号 |
| 電 話 番 号 | 0836-52-7515 |

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

14. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業所は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

西暦 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住 所

氏 名

印

<利用者代理人（選任した場合）>

住 所

氏 名

印（続柄 ）

サービスの開始に当たり、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交付しました。

<事業者>

所在地 山口県山陽小野田市大字小野田3854番地4

法人名 株式会社ホットスペース
代表取締役 平田 雅史 印

<事業所>

所在地 山口県山陽小野田市大字小野田3851番地11

事業所名 デイサービスよりそい（指定番号 3571600752）

管理者名 末繁 理恵 印

説明者 末繁 理恵 印