

重要事項説明書

(介護予防・日常生活支援総合事業)

当事業所は契約者に対して通所介護相当サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1 事業者（法人）の概要

事業者の名称	医療法人 左右会
主たる事務所の所在地	鹿児島県志布志市志布志町志布志1丁目11番12号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 橋口 渡
設立年月日	昭和32年3月18日
電話番号	099-472-1521

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	医療法人左右会 更竹デイサービスセンター
サービスの種類	介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業サービス (通所型サービス (現行相当))
事業所の所在地	沖縄県宮古島市平良市東仲宗根添1898番地の7
電話番号	0980-73-0800
指定年月日	令和4年4月1日
介護保険事業所番号	47A5500122
通常の事業の実地地域	宮古島市

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	医療法人左右会が開設する更竹デイサービスセンター（以下「事業所」という。）が行う介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業（通所型サービス）（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所に勤務する管理者及び生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、その他の従業者が要支援状態にある高齢者等に対し適正な通所型サービスを提供することを目的とする。
運営方針	事業所の従業者は、要支援状態の心身の特性を踏まえて、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために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う。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4 ご利用事業所の職員体制

管理者	(氏名) 板倉 進
-----	-----------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 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 利用者へ介護予防通所介護計画書を交付します。 5 介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況の把握及び介護予防通所介護計画の変更を行います。 	1名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> 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。 	1名以上
看護師・ 准看護師 (看護職員)	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護予防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。 	6名以上
機能訓練 指導員	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護予防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。 	1名以上

5 営業日及び営業時間

営業日	月、火、水、木、金、土
営業時間	午前8時30分～午後5時30分(利用時間10時00分～16時00分)
	年末年始 12月31日～ 1月3日まで休み 祝祭日休み

6 事業の実施地域 宮古島市(大神島を除く)

7 利用定員 (40名)

8 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
介護予防通所介護計画の作成		1 利用者に係る介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画（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介護予防通所介護計画を作成します。 2 介護予防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 介護予防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、介護予防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、介護予防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、流動食等の食事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。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業従業者の禁止行為

介護予防・日常生活支援総合事業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

(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

報酬単価 (月額)	区 分	基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
	要支援1 ※週1回程度利用	1,798	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
	要支援2 ※週2回程度利用	3,621	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

※入浴料金・送迎料金は基本報酬に含まれます

(4) 加算算（原則全員対象：上記金額に加算）

加 算	算定条件	備 考
介護職員処遇改善加算Ⅱ	総サービス費の4.3%が加算されます。	令和6年4月、5月利用分が対象
介護職員等処遇改善加算Ⅴ（11）	総サービス費の5.3%が加算されます。	令和6年6月以降利用分が対象

9 その他の費用について

キャンセル料

当 日	な し
前 日	な し

10 請求支払い方法

原則的に、1ヶ月分のご利用料金を一括して請求する月精算で、請求書は翌月15日までに郵送いたします。お支払いは、口座振替または指定口座へのお振込みでお願いします。ご利用日にお持ちいただくこともできますので、ご相談ください。

11 サービスの提供にあたって

- 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。
- 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。
- 利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防通所介護計画」を作成します。なお、作成

した「介護予防通所介護計画」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「介護予防通所介護計画」に基づいて行います。なお、「介護予防通所介護計画」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) 介護予防・日常生活支援総合事業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十分な配慮を行います。

12 サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに 担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13 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ます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	(事務長・山本 一成)
-------------	-------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) 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、これを市町村に通報します。

14 身体拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。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、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、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。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (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れば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

15 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 秘密保持の厳守

事業所及びすべての従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び保証人等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。

(2) 個人情報の保護

事業所は、自らが作成または取得し、保存している利用者等の個人情報について、個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び、事業者の諸規則に則り、適正な取扱いを行います。

また事業者は、法令規則により公的機関あて報告が義務付けられているもの、及び緊急の場合の医療機関等への利用者の心身等に関する情報提供以外に、利用者及び保証人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。

16 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。

【家族等緊急連絡先】	氏 名 住所 電 話 番 号 携 帯 電 話 勤 務 先	続柄
【主治医】	医療機関名 氏 名 電 話 番 号	

17 事故発生時の対応

事業者は、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、速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。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

18 心身の状況の把握

介護予防・日常生活支援総合事業の提供にあたっては、介護予防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。

19 介護予防支援事業者等との連携

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業の提供にあたり、介護予防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「介護予防通所介護計画」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に送付します。

20 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。

21 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「宮古島リハビリ温泉病院 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	介護老人福祉施設 宮古の里と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「宮古島リハビリ温泉病院 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
防災設備 (宮古島リハビリ温泉病院と共通)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	非難階段	あり	防火扉・シャッター	各階にあり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	各階にあり
	誘導灯	あり	非常用電源	自家発電あり
	屋内消火栓	各階にあり		
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日 : 平成11年10月20日 防火管理者 : 幸地 栄作			

22 衛生管理等

- (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) 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。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - 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おおむね1月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

23 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、利用者に対する指定通所介護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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (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を実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

24 相談、要望、苦情等の相談窓口

当事業所に関する相談、要望、苦情等は相談窓口担当か下記窓口までお申し出ください。

当事業所相談窓口	ご利用時間 ご利用方法 窓口担当者	平日 午前8時30分～午後5時30分 電話 0980-73-0800 仲間 絵美里 内線383
----------	-------------------------	---

- * 相談等を受けた後、事業所は速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の有無並びに改善の方法について、問い合わせ者又は申し立て者に文書で報告します。
- * 事業所は疑問、問い合わせ及び苦情申し立てがなされたことをもって、利用者に対しいかなる不利益、差別的取扱いもいたしません。
- * 公的機関においても、次の機関にて苦情申し出ができます。

宮古島市高齢者支援課	ご利用時間 ご利用方法	平日 午前8時30分～午後5時15分 電話 0980-73-1964
国民健康保険団体連合会	ご利用時間 ご利用方法	平日 午前9時00分～午後5時00分 土日 午前9時00分～午後12時00分 電話 098-860-9026

25 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 介護福祉士 氏名 仲間 絵美里）から上記重要事項の説明を受け、受領しました。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の署名を代行しました。

身体機能低下のため 認知症による機能低下のため

その他

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____