

デイサービスいずみの広場  
重要事項説明書

医療法人 愛泉会 愛泉会病院



## 重要事項説明書

### デイサービスいずみの広場

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている通所介護（デイサービス）業務について、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明いたします。解らないこと、解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、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年大阪府条例第115号）」第10条の規定に基づき、指定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. 通所介護（デイサービス）を提供する事業者について

事業者氏名	医療法人 デイサービスいずみの広場
代表者氏名	医療法人 愛泉会 愛泉会病院 院長 尾野 敏彦
所在地	〒570-0005 大阪府守口市八雲中町2丁目4番26号 TEL 06(6904)1313 FAX 06(6904)1315

#### 2. ご利用者への通所介護（デイサービス）提供を担当する事業者について

##### ① 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人 デイサービスいずみの広場
介護保険 指定事業者番号	<b>2773204827</b>
事業所所在地	〒570-0005 大阪府守口市八雲中町2丁目1番9号
連絡先	TEL 06(6914)9131 FAX 06(6914)9132
管理者	中山 聡
事業実施地域	守口市東部・門真市北部・寝屋川市と旭区の一部地域
利用定員	30名

##### ② 事業の目的および運営方針

事業の目的	<p>医療法人愛泉会が設置するデイサービスいずみの広場（以下「事業所」という。）において実施する指定通所介護事業（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る。</p> <p>また、この事業所が実施する事業は、要介護状態になった場合においても、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。</p>
運営方針	<p>●事業所の従業者は、可能な限り、利用者が居宅において、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるように努めるものとする。</p> <p>また、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものとする。</p> <p>●事業の実施に当たっては、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図りながらサービスの提供に努めるものとする。</p>

### ③ 事業所窓口の営業日および営業時間

営業日	月曜日から土曜日と祝日。日曜日と年末年始は12月31日から1月3日まで休業日とします。
営業時間	午前9時から午後5時まで。
サービス提供時間	午前9時30分から午後5時まで。

※時間延長サービスなどは実施していません。

④ 事業所の職員体制

職員の職種	人数	常勤		非常勤		職務内容
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			運営管理・請求業務
生活相談員	2		2			運営管理・生活援助
介護職員	3	1	2			介護・生活援助
看護師	2		2	1		医療管理全般
機能訓練指導員	3	1	1	1		リハビリ業務全般

⑤ 利用料金その他の費用額

(ア) 通所サービス利用料金（利用時間 6 時間以上 7 時間未満）

1 日あたり	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
通所リハビリ費	584	689	796	901	1008
入浴介助加算 I	40/日				
サービス提供体制強化加算 (I)	22/日				
個別機能訓練加算 (I) イ	56/日				
個別機能訓練加算 (I) ロ	76/日				
個別機能訓練加算 (II)	20/月				
中重度ケア体制加算	45/日				
ADL 維持等加算 (I)	30/月				
ADL 維持等加算 (II)	60/月				
送迎減算	-47/日				
科学的介護推進加算	40/月				
処遇改善加算 I	9.2%				
	●食事の提供に要する費用				500 円/日

\* 1 割負担の場合

### 3 提供するサービス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
通所介護計画の作成		<ol style="list-style-type: none"> <li>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通所介護計画を作成します。</li> <li>2 通所介護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。</li> <li>3 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、通所介護計画書を利用者に交付します</li> <li>4 それぞれの利用者について、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。</li> </ol>
利用者居宅への送迎		<p>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。</p> <p>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。</p>
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。
	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。
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。	個別機能訓練 (Ⅰ)(Ⅱ)	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。

(イ) 法定代理受領以外の利用料については、厚生労働大臣が定める基準（告示上の報酬額）の額とします。

(ウ) 食材費については、500円を徴収します。（おやつ代を含む）

(エ) 車両による送迎について、交通費は請求いたしません。事業所からの距離が非常に近い場合（事業所から片道300m未満）であれば、介助員が車椅子にて送迎する場合がございます。また、ご本人が歩いて事業所まで来られることを希望される際には、ご相談させていただいた上で、理学療法士、看護師ともに判断していくこととなります。

(オ) おむつ（紙パンツ）については現物持参してください。貸し出し時は実費徴収しますが、現物を持ってきていただいてもかまいません。

- (カ) その他、通所リハビリテーションにおいて提供される便宜のうち、日常生活用品費用（シャンプー、リンス、ボディソープ、石鹸、ティッシュ等）については徴収致しません。ただし、特殊なシャンプー・リンスなどを希望される場合については現物持参願います。
- (キ) 各種行事費は実費徴収します。
- (ク) 利用料等の支払いを受けたときは、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分）について記載した領収書を交付します。
- (ケ) サービスの提供にあたっては予め利用者又はその家族に対し、利用料ならびにその他の利用料の内容及び金額に関し、事前に文書にて説明したうえで、支払いに同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることにします。
- (コ) 法定代理受領サービスに該当しない指定通所リハビリテーションに係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定通所介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付します。



⑥ 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

<p>利用料、その他の費用の請求</p>	<p>A) 利用料、その他の費用は利用者負担のある業務提供毎に計算し、利用のあった月の合計金額により請求いたします。</p> <p>B) 請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月 10 日前後、利用者宛にお届けします。ただし、請求額のない月はお届けしません。</p>
<p>利用料、その他のお支払い</p>	<p>A) 利用者負担のある業務提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合の上、請求月の末日までに下記のいずれかの方法にてお支払いください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現金支払い</li> <li>● 事業者指定口座への振込</li> <li>● 利用者指定口座からの自動振替</li> </ul> <p>B) お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しいたしますので、保管をお願いいたします。</p>

※利用料、その他の費用支払いについて、支払い期間から 2 ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内にお支払いがない場合には、契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただく事になります。

⑦ 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>事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者には漏らしません。</p> <p>この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</p>
<p>2、個人情報の保護について</p>	<p>事業者は、利用者から予め文書にて同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いませぬ。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で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。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。</p>

⑧ サービスの提供にあたって

- I. 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。
- II. 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します。
- III. 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、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「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
- IV. サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「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
- V. 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ないますが、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ないます。

⑨ 身体拘束について

当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、原則として利用者に対し身体拘束はいたしません。ただし、利用者または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高く、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代用しうる看護・介護方法がない場合、また、身体拘束その他の行動制限が一時的である場合、身体拘束を行う事があります。その際は、家族に説明し同意を得ることとします。

⑩ 事故発生時の対応

- I. サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者の家族に（必要であれば市役所にも）連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- II. 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、速やかに損害賠償を行います。

⑪ 非常災害対策

- I. 事業所は非常災害に備えて定期的に非難、救出、夜間想定を含めその他必要な訓練を年2回以上行います。
- II. 事業所は消防法に準拠して、非常災害に関する具体的計画を別に定め、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。

⑫ 警報発令時の対応について

利用者様の安全を図るため、事業所として下記のとおり対応いたします。

I. 警報発令地域

「大阪府全域」 「大阪府北東部」 「守口市」

II. 警報内容

大雨・洪水・暴風・大雪警報など

III. 対応の仕方

(ア) 午前8時の時点で警報が発令されていれば、自宅待機をお願いします。

(イ) 午前9時になっても警報が解除されない場合は、安全面を考慮して原則休業とさせていただきます。(ただし、やむを得ない事情があることも考慮いたしますので、その際は個別にご相談の上、対応させていただきます。)

(ウ) サービス提供中に警報が発令された場合、利用者のご家族(代理人)様方に連絡を行うとともに、必要かつ安全な措置を取らせていただきます。

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。

I. 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	中山 聡
-------------	------

II. 成年後見制度の利用を支援します。

III. 苦情解決体制を整備しています。

IV. 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。

V. 法人内の虐待防止検討委員会の設立及び担当者の委員会への参加を行っております。

⑭ 衛生管理等

- I. 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。
- II. 指定通所介護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必要な措置を講じます。
- III. 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、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。

⑮ 事業継続計画の策定等

- I. 事業所は、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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- II. 事業所は、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実施します。
- III. 事業所は、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。

⑯ ハラスメント対策

- I. 事業者は、現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。
- II. 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
- III. (1)身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為  
(2)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  
(3)意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- IV. 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となるものとします。
- V. ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討する。
- VI. 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施する。また、定期的に話し合いの場を設け、現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- VII. ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

⑰ 通所介護業務に関する相談、苦情について

●受付時間 9:00 ~ 17:00

●利用者の居宅がある市町村の介護保険担当部署へ連絡ください。

「事業所の窓口」 医療法人 デイサービスいずみの広 場	〒570-0005 大阪府守口市八雲中町2丁目1-9 TEL 06-6914-9131 FAX 06-6914-9132
「大阪府の窓口」 大阪府健康福祉部 高齢介護室 在宅課	〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目 06-6941-0351 在宅課 内線 4484
「大阪府の窓口」 大阪府国民健康保険 団体連合会 介護保険室 介護保険課	〒540-0028 大阪府中央区常磐町1丁目3-8 TEL 06-6949-5446 FAX 06-6949-5417
「市町村の窓口」 守口支所 (守口市役所内)	〒570-8666 守口市京阪本通2-2-5 TEL 06-6992-2180 FAX 06-6995-2011
「市町村の窓口」 門真支所 (門真市役所内)	〒571-8585 門真市中町1-1 TEL 06-6780-5200 FAX 06-6780-5201

⑱ 事故発生時の対応及び緊急連絡先

直ちに必要な医療行為を受け、関係者及び上記窓口に連絡を入れ、対応を協議するようにいたします。

緊急連絡先	氏名	①	続柄	TEL	
		②			

⑲ 重要事項について説明した年月日

上記内容について、通所介護（デイサービス）等の事業の人員及び運営に関する基準に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	〒570-0005 守口市八雲中町2丁目1番地9号
	法人名	医療法人 愛泉会
	代表者名	尾野 敏彦
	事業所名	デイサービス いずみの広場
	説明者 氏名	
	説明 年月日	令和            年            月            日

上記内容の説明を事業者確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人が同居されている場合、住所は「同上」で構いません。

代理人	住所	
	氏名	

