

ぬくもりの家介護予防・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サービス 重要事項説明書

1 運営の方針

要支援状態・事業対象になった場合において、その利用者が可能な限りその者の居宅において、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維持回復や生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことが出来るよう支援します。

2 事業所の概要

事業所名	ぬくもりの家デイサービスセンター
所在地	岩手県奥州市胆沢南都田字大持30番地
指定番号	0372500488（併設型）
指定年月日	平成14年4月25日
利用定員	介護予防（一般型含む。）30人
職員体制	管理者 1人 生活相談員 1人以上 看護職員 1人以上 介護職員 4人以上 機能訓練指導員 1人以上
営業日・時間	年中無休、午前7時15分から午後7時 ただし、利用時間は通常1日8時間以内とします。 営業時間を超える場合、相談に応じます。
提供地域	奥州市（江刺を除く。）

3 サービス計画に基づいたサービスの提供

介護予防サービス計画……地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所で立てたプランに基づいてサービスを提供します。

4 サービス内容

- 送迎 …………… 利用者の指定送迎場所まで送迎します。
- 食事 …………… 栄養士の立てる献立により栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- 入浴 …………… 一般浴槽、特殊浴槽により、利用者の状態に合わせて入浴サービスを提供します。
- 機能訓練 …………… 機能低下を防止するために体操、歌、輪投げ、ゲートボール、手工芸等を実施します。
- 健康チェック …… 看護師により健康チェック、健康相談、指導等を行います。
- 生活相談 …………… 心配や悩み事などご相談に応じます。

5 利用料金

サービスを利用した場合の「基本利用料」は1ヶ月あたり以下の通りであり、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基本利用料の1割または2割・3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。

(1) 介護予防通所介護相当サービス費

下記料金は令和6年4月1日から適用

区分	基本利用料金	利用者負担（1割）	利用者負担（2割）	利用者負担（3割）
事業対象者 (週1回程度利用)	1,798円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援1 (週1回程度利用)	1,798円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2 (週1回程度利用)	1,798円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2 (週2回程度利用)	3,621円	3,621円	7,242円	10,863円
加算	サービス提供体制（Ⅰ） 要支援1・2（週1回利用）	88円	176円	264円
	サービス提供体制（Ⅰ） 要支援2（週2回利用）	176円	352円	528円
	サービス提供体制（Ⅱ） 要支援1・2（週1回利用）	72円	144円	216円
	サービス提供体制（Ⅱ） 要支援2（週2回利用）	144円	288円	432円
	科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	9.2%		

上記の基本料金は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合はこれら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) その他必要な費用

食費（食材料費及び調理費）……朝食517円、昼食579円（おやつ代含む。）
夕食517円

※食費については、体調不良等により、食事提供前にサービス利用中止した際など、利用者都合により食事キャンセルした場合でもご負担して頂きます。

6 秘密の保持

事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者又は親族・姻族代表又は代理人及びその家族に関する秘密及び個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、事業所は利用者又は親族・姻族代表又は代理人及びその家族の個人情報が記載されている書類を他事業所に提供する場合には必ず利用者等の同意をあらかじめ文章により得たうえで提供します。

7 身体拘束は行いません

(1) んくもりの家デイサービスセンターでは、事故を防止するためといえども利用者の行動・動きを制限することや体をしばったりする身体を拘束することはしません。これは利用者の人権を尊重し自由に行動していただくことであります。

そのため転倒を恐れて何もしないということではなく、事故などが起きないように安全と事故防止に最善の努力をしながら積極的に残存能力の維持、向上に努めます。

(2) 安全と事故防止に最善の努力をしますが、一対一（付ききり）の介護でないため、けがや事故等が起こり得ることをご理解ください。

(3) サービスの提供にあたっては、利用者の生命、身体、財産の安全・確保をしますが、緊急やむを得ない場合は、一時的に拘束又は行動を制限することがあります。その際は速やかに報告します。

8 利用者の制限及び禁止行為等

(1) 利用者が認知症などの場合は、家族を含む第三者に重要事項の内容をご説明し同意をいただきます。

(2) 飲酒・喫煙は、指定された場所とします。また、事故防止のため酒類及びたばこライター等の火器については施設にてお預かりさせていただきます。

(3) 利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が他の利用者や事業者従業員に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことを禁止します。

(4) 行事や理髪以外での現金の持ち込み・貴重金品の持ち込みは禁止とさせていただきます。万が一貴重金品を持ち込んだ場合については、事業者は一切の責任を負いません。

9 サービス提供における留意事項

(1) 事業者はサービス提供にあたっては安全確保と事故防止について最善の努力を行っています。

万が一事故が発生した場合は、事業者はサービス提供に起因して生じた損害について賠償を行う責任を有しており、事故発生に備えて損害保険に加入しております。但し、利用者又は親族代表又は姻族代表及び家族の行為に起因する事故の場合や、事業者が相当の安全配慮措置を行ったにもかかわらず事故が発生した場合、又は予見することができない事故については、損害賠償の責を減ずる又は免れる場合があります。

(2) 以下の行為を行った場合は、契約書記載の契約解除条項に該当する可能性がありますのでご留意願います。

①利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が他の利用者又は事業所従業員への暴力、窃盗又は物品の破壊等の犯罪行為を行った場合。

②利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が他利用者及び事業所従業員への暴言や嫌がらせ、セクシャルハラスメント等のハラスメント行為を継続して行った場合。

③第8に定める制限及び禁止行為を行った場合。

④利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が他の利用者や事業者及び従業員の名誉を棄損する行為、又は事業者及び従業員に対し通常実施するサービスの範囲を超えたサービス提供を要求する等の営業妨害行為。

⑤利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族がSNS等を使用し、他の利用者又は事業者及び従業員の個人が特定できる情報や名誉を棄損する情報をインターネット上に公開する行為を行った場合。

10 利用料金の支払い方法

(1) 毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、25日までに預貯金口座（ゆうちょ銀行、岩手ふるさと農業協同組合、水沢信用金庫）から自動引落としにより支払うものとします。お支払いいただきますと事業者は、領収書を発行します。

11 事故発生への対応と損害賠償

(2) 利用者に対して介護サービスの提供により事業者の責に帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、損害を賠償します。ただし、利用者又は親族・姻族代表又は代理人及びその家族の故意又は過失等が認められた場合、又は事業者が相当の安全配慮措置を行ったにもかかわらず事故が発生した場合、又は予見することができない事故の場合に、利用者のおかれた心身の状況等を勘案して減額するのが相当と認められる場合は損害賠償の責を減ずる又は免れる場合があります。

連絡先	担当課・氏名・事業所名	電 話 番 号
市町村	奥州市胆沢総合支所健康福祉グループ	0197-46-2977
家 族		
包括・居宅		

ぬくもりの家では、養護者による高齢者（児童）虐待を受けたと思われる身体状況等を発見した場合は、法令の定めるところにより奥州市又は金ヶ崎町に通報します。

サービスについて、利用者又は親族・姻族 代表又は代理人及びその家族からの相談・要望・苦情に対しては、相談窓口を設けておりますのでお問い合わせください。

(2) 行政機関、その他の苦情受付機関

電話 019-604-6700 FAX 019-604-6701

苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性を配慮した適切な対応を推進するため第三者委員を設置します。

14 サービス提供の終了について

- (1) 本人の死亡や要介護認定で自立と判定された場合。
- (2) 利用者又は親族・姻族 代表又は代理人及びその家族がサービスの中止の申し出を行った場合。
- (3) 利用者がサービス利用料金を3カ月以上遅延し、これを相当期間を定めた催告にもかかわらず支払わなかった場合

15 第三者評価の実施状況について

当事業所では第三者評価を実施していません。

16 緊急時の対応方法

サービスの提供中利用者に容態の変化等があった場合は、主治医、救急隊、親族・姻族代表又は代理人及びその家族、居宅介護支援事業者へ連絡をいたします。

主治医

ご家族氏名 ① ② ③

緊急連絡先 ① ② ③

居宅介護事業者

介護予防通所介護の提供開始にあたり、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ました。

年 月 日

事業者 社会福祉法人奥州いさわ会
所在地 岩手県奥州市胆沢南都田字大持30番地
事業所 めくもりの家デイサービスセンター
説明者 氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業介護予防通所介護相当サービスについての重要事項の説明をうけ、サービスの提供開始について同意します。また、サービス担当者会議等において居宅サービス事業者及び介護保険施設等の関係人に利用者又は親族・姻族 代表又は代理人及びその家族の必要な情報を提示することに同意いたします。

利用者

<住所>

<署名>

(代筆者署名

(続柄))

親族・姻族代表又は代理人

<住所>

<署名>