

地域密着型通所介護・契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会医療法人健生会
主たる事務所の所在地	〒631-0817 奈良市西大寺北町4丁目4-1
代表者（職名・氏名）	理事長 横山 知司
設立年月日	昭和 33年 3月 1日
電話番号	0742-93-6040

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	社会医療法人健生会小泉診療所	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
事業所の所在地	〒639-1042 大和郡山市小泉町552	
電話番号	0743-52-3035	
指定年月日・事業所番号	令和5年7月21日指定	2970302101
利用定員	定員13人	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対して、適正な指定地域密着型通所介護及び指定通所型サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

地域密着型通所介護は、事業者が設置する事業所（小泉診療所）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

サービス区分と種類		サービスの内容
地域密着型通所介護計画の作成		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地域密着型通所介護計画を作成します。 2 地域密着型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 地域密着型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、地域密着型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、地域密着型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。
機能訓練 その他	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。
	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。

5. 営業日時

営業日	火曜日・金曜日の午前と午後 ※ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。 ※営業日がお休みの場合は、振り替え実施する場合があります。
営業時間	午前8時30分から午後4時30分まで
サービス提供時間	1日午前と午後の2部制 ①午前の部 AM 9:00～PM 0:15 ②午後の部 PM 1:00～PM 4:15

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従業員全体	常 勤 5人、非常勤 2人
うち生活相談員	常 勤 1人
うち看護職員兼機能訓練指導員	常 勤 3人、非常勤 1人
うち介護職員	常 勤 1人、非常勤 1人

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地域密着型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 利用者へ地域密着型通所介護計画を交付します。 5 指定地域密着型通所介護の実施状況の把握及び地域密着型通所介護計画の変更を行います。	常 勤 1名 診療所事務長と兼務

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、地域密着型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。	常 勤 1 名 管理者と兼務
看護師・ 准看護師 (看護職員)	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。	常 勤 3 名 非常勤 1 名 内、4 名 機能訓練指導員と兼務
介護職員	1 地域密着型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。	常 勤 1 名 非常勤 1 名
機能訓練 指導員	1 地域密着型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。	常 勤 3 名 非常勤 1 名 内、4 名 看護職員と兼務

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の担当職員及びその管理責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	介護職員 村瀬 恵理子
管理責任者の氏名	管 理 者 松村 明希子

8. 利用料

あなたが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、あなたからお支払いいただく「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割又は3割の額です。ただし、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) 地域密着型通所介護利用料・・・基本部分及び加算の額となります。

【基本部分：地域密着型通所介護】

注1) 上記の基本利用料は、大和郡山市が定める金額であり、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訂されます。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。

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	備考
要介護1	4,272 円	427 円	854 円	1 回につき
要介護2	4,909 円	490 円	980 円	
要介護3	5,545 円	554 円	1108 円	

【加算部分：地域密着型通所介護】

注2) 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額		
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
介護職員 処遇改善加算Ⅱ1	当該加算の算定要件 を満たす場合	所定の単位数 の115/1000× 円 10.27	左の金額 の1割 円	左の金額 の2割 円
生活機能向上連携加 算Ⅱ1	当該加算の算定要件 を満たす場合	2054 円	205 円	410 円
サービス提供体制強 化加算Ⅱ	当該加算の算定要件 を満たす場合	184 円	18 円	36 円
送迎減算	送迎を行わなかった 場合	-482 円	-48 円	-96 円

注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（２）その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、１回につき５００円程度の実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

（３）キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①午前の部はご利用日当日の午前８時３０分までにご連絡を頂いた場合は無料

②午後の部はご利用日当日の午後１２時３０分までにご連絡を頂いた場合は無料

③ご利用日当日に上記の時間内に連絡がなかった場合は１回につき、５００円のキャンセル料が発生します。

※但し体調や容体の急変または緊急の事情等、やむを得ない場合はこの限りではありません。

（４）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等について、銀行振込の場合は支払いを受けた後、１４日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の１０日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の１０日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記のどちらかの口座にお振り込みください。尚、振込手数料は利用者様のご負担となります。 奈良信用金庫 小泉支店 普通口座 １０７６３３ 名義 社会医療法人健生会小泉診療所 理事長 横山 知司

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	医師名	
	所在地	
	電話番号	— —
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	()
	電話番号	— —

10. 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。
- ② 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ます。
- ③ 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、「地域密着型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「地域密着型通所介護計画」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。
- ④ サービス提供は「地域密着型通所介護計画」に基づいて行います。なお、「地域密着型通所介護計画」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 地域密着型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。

11. 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	看護師長・三浦 明子
-------------	------------

②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業員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従業員に対して、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、当該事業所従業員又は養護者（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。

1 2. 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。

1 3. 心身の状況の把握

指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、居宅介護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。

1 4. 居宅介護支援事業者等との連携

①指定地域密着型通所介護の提供にあたり、居宅介護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「地域密着型通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護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居宅介護支援事業者に送付します。

15. サービス提供の記録

- ①指定地域密着型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。

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：（事務長 松村 明希子）
- 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2回）
- ④③の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

17. 衛生管理等

- (1)指定地域密着型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)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。
- (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6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実施します。

18. 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地域密着型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

19. 地域との連携について

- ①運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
- ②指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね6月に1回以上運営推進会議を開催します。
- ③運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

20. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者又はその家族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扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 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又は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。 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。 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。
② 個人情報の保護について	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。 ② 事業者は、利用者又は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ます。 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。）
--	---

2 1．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び大和郡山市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 2．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所 苦情相談 窓 口	電話番号	0 7 4 3 - 5 2 - 3 0 3 5
	面接場所	当事業所の相談室
	担 当 者	生活相談員 松村 明希子

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	大和郡山市介護福祉課	電話番号 0 7 4 3 - 5 3 - 1 1 5 1
	奈良県国民健康保険団体連合会 担当窓口：介護保険課	電話番号 0 7 4 4 - 2 9 - 8 3 2 6

2 3．サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- （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ケアマネージャー又は当事業所の担当者へご連絡ください。

様の利用基本プラン

目 標 _____

利 用 日 毎週 曜日 時 分 ～ 時 分

利用料金 1 ヶ月の利用料は基本部分、加算部分の
合算した額となります。

☐ あなたの 1 ヶ月の利用料は以下の通りとなります。

基本 部分	利用者の要介護度	利用者負担 (1 割)	利用者負担 (2 割)
	要介護 1	426 円	852 円
	要介護 2	489 円	978 円
	要介護 3	552 円	1105 円
加 算 部 分	介護職員 処遇改善加算Ⅱ 1	5 ページ参照	
	生活機能向上連携加算Ⅱ 1	205 円	410 円
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 円	36 円

《 月 4 回利用時の 1 ヶ月の利用料 円 》

※但し、上記の利用料は、1 ヶ月の利用回数によって変動する場合があります。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、前記のとおり重要事項を説明しました。

＜事 業 者＞	所在地	
	事業者(法人)名	社会医療法人健生会小泉診療所
	代表者職・氏名	管理者 松村 明希子 印
	説明者職・氏名	ケアワーカー 村瀬 恵理子 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

＜利 用 者＞	住 所	
	氏 名	印

＜署名代行者＞（又は法定代理人）	
	住 所
	本人との続柄
	氏 名
	印

＜立 会 人＞	住 所	
	氏 名	印