

# 重要事項等説明書（通所介護）

当事業所が提供する指定通所介護及び指定介護予防通所介護及び第一号通所事業（以下「通所介護等」という。）のサービスは、以下のとおりです。

## 1、提供するサービス

### 1) サービスの内容

- ①生活指導～利用者やご家族に対して、生活・介護・居住環境等に関する相談助言を行います。
- ②養 護～身体状況に応じたサービスを行います。
- ③健康チェック～看護職員が体温、血圧など体調のチェックを行います。
- ④送 迎～施設送迎車でご自宅まで迎え、自宅まで安全に送迎します。
- ⑤食 事～身体状況に応じた食事を提供します。
- ⑥入 浴～身体状況に応じて、入浴介助をします。
- ⑦日常動作訓練～身体状況に合わせた機能訓練を行います。
- ⑧レクリエーション～外出行事、歌やゲーム、創作活動等を通して楽しんで頂きたいと思っております。
- ⑨その他 ～指定居宅介護支援事業所と連携を図りより良いサービスを目指します。

- 2) サービス提供にあたっては、居宅サービス計画（介護予防サービス計画、介護予防サービス・支援計画を含む。以下同じ）に沿って、通所介護計画（介護予防通所介護計画、第一号通所事業計画を含む。以下同じ）を作成し、計画的に提供します。

## 2、利用料金及び支払方法

- 1) 利用料金は、別紙にて記載しています。
- 2) 実費負担分（保険給付対象外）
  - ①食 材 費～1食あたり500円
  - ②お む つ 代～施設の紙おむつを使うことを希望した場合1枚100円。持参されることも可能です。
  - ③レクリエーション、趣味活動～希望により参加したレクリエーションや趣味活動にかかる原材料費はご負担いただきます。
- 3) 利用料金等のお支払いは、次のいずれかの方法から選択できます。
  - ①月払い～1か月分の計算額を翌月10日まで現金でお支払い
  - ②月払い～1か月分の計算額を翌月10日まで振込み  
※振込手数料は利用者負担となります。  
振込口座 北都銀行 桜支店 普通預金 NO. 0179227
- 4) お支払いいただいた時は、領収書を発行いたします。
- 5) 法定代理受領サービスに該当しない通所介護等に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した通所介護等の内容、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。

### 3、職員の体制

事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- 1) 管理者 1名 (生活相談員を兼務)  
管理者は、職員及び業務の管理を一元的に行う。
- 2) 生活相談員 2名以上 (介護職員を兼務)  
生活相談員は、利用者又はその家族の相談に応じるとともに、事業所内のサービスの調整、介護職員等に対する技術指導及び指定居宅介護支援事業者等の連絡調整を行う。
- 3) 看護職員 2名以上 (うち1名以上が機能訓練指導員を兼務)  
看護職員は、利用者の健康状態の把握及び処置等を行う。
- 4) 介護職員 10名以上 (うち管理者・生活相談員、事務職員、ドライバーを兼務)  
介護職員は、利用者に対し適切な通所介護を行う。
- 5) 機能訓練指導員 1名以上  
機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するため機能訓練指導を行う。
- 6) 事務職員 1名 (介護職員を兼務)
- 7) 送迎職員 4名以上 (管理者、看護職員、介護職員、事務職員)  
送迎職員は、利用者の送迎及び設備保守点検等を行う。
- 8) 運転手 1名以上 (介護職員兼務)
- 9) 厨房 1名以上

### 4、営業日及び営業時間

- 1) 営業日 年間を通して営業を行います。ただし、1月1日から1月3日までは休業とさせていただきます。
- 2) 営業時間 午前8時30分～午後5時30分
- 3) サービス提供時間 午前9時10分～午後4時20分

### 5、サービスの開始と終了等

- 1) サービスの利用開始
  - ・原則として指定居宅介護支援事業者（指定介護予防支援事業者を含む。以下同じ）からのサービス提供依頼を受け、ご利用者に訪問し通所介護計画を作成し、ご契約後サービスの提供を開始します。
- 2) サービスの終了
  - ①利用者の都合でサービスを終了する場合
    - ・サービスの終了を希望する場合は事前に口頭又は文書でお申し出下さい。
  - ②当事業所の都合でサービスを終了する場合
    - ・人員等やむを得ない事情によりサービス提供を終了させていただく場合は、事前に文書で通知いたします。その場合、指定居宅介護支援事業者に連絡しご迷惑をかけないよう努めます。
  - ③自動終了
    - ・利用者が介護保険施設に入所、入院した場合
    - ・利用者が死亡した場合
    - ・利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合、または基本チェックリス

トに該当しなくなった場合

④その他

- ・利用者がサービス料金の支払いを90日以上遅延し、支払いの催告にもかかわらず10日以内に支払わない場合、又は利用者やご家族が当事業所の従事者に対してサービス提供を継続しがたい行為を行った場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合があります。

## 6、サービスの利用に関する留意事項

### 1) サービス内容の変更について

- ・サービスは、通所介護計画に基づいておこないます。ただし、実際の提供にあたっては、利用者の当日の身体状況、意向等について配慮し、通所介護計画で予定されたサービスと異なるサービスを提供することにより、利用料等が変更になる場合がありますので、十分に説明を受けてご利用下さい。
- ・ご家族や利用者の都合で利用時間の短縮又は延長をご希望の際は、ご相談下さい。

### 2) サービスの中止

- ・利用者の当日の体調によっては、入浴等一部サービスの中止又は当日のサービスを中止することがあります。その場合、家族等に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかにかかりつけの医師に連絡を取る等必要な対応をします。

### 3) 送迎について

- ・利用者の状況を踏まえた送迎（乗降の身体状況の確認、車酔い及び送迎時間等への対応）を行うため利用者・その家族と事前に打ち合わせを行います。
- ・送迎車にはご家族をお乗せできないのでご了承ください。
- ・送迎中の途中下車及びサービス提供中のセンターからの無断外出は厳禁とします。

### 4) その他の注意事項

- ・他の利用者及び事業所従事者に対し、故意に迷惑をかける行為は決して行わないでください。
- ・サービス開始後、在宅での利用者の急な体調変化やそれによる受診経過についてはお知らせください。
- ・医師の診断により、他の利用者に対して影響を及ぼす伝染病疾患及び感染症疾患が明らかになった場合は事前にご連絡ください。なお、治癒するまでは利用できないものとします。
- ・サービスの提供のため必要な従業者からの指示には従ってください。
- ・従業者に対する贈り物等のもてなしはご遠慮させていただきます。

## 7、身体拘束について

- ・事業所は、サービス提供にあたり、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

## 8、サービス提供の記録等

- 1) サービス提供した際には、通所介護記録等の書面に必要事項を記入するとともに一定期間ごとにサービス提供の状況等の記録を作成し利用者に説明します。
- 2) 事業者は前項の書面その他の記録をサービス完了後も2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又はその写しを必要に応じ交付します。

## 9、守秘義務

- 1) 当事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らしません。
- 2) 当事業者は、当事業所の従業員でなくなった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

## 10、事故発生時の対処

- 1) 利用者に対する通所介護等の提供により事故が発生した場合、市町村及び県、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- 2) 利用者に対する通所介護等の提供により事業者の責に帰すべき事由で賠償すべき事故が発生した場合は誠意をもって損害賠償を行います。

## 11、賠償責任

事業者は下記の損害賠償保険に加入し、事業者の責任により利用者に生じた損害については、その損害を賠償いたします。ただし、介護サービス提供上不可抗力的に生じた損害、事故の補償については利用者、事業者双方で協議することとします。

保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社  
補償の概要：賠償責任保険

## 12、苦情等の受付について

- 1) 事業者の苦情受付窓口及びサービス利用に関するご相談窓口
  - ①苦情受付担当者 若木 郁子 矢守 千絵美 袴田 達也 加藤 徹
  - ②苦情解決責任者 山内 達男
- 2) 当事業所の他に、ご相談や苦情等については下記の窓口があります。

秋田市介護保険課	TEL／018（888）5672
秋田市長寿福祉課	TEL／018（888）5668
秋田県国民健康保険団体 連合会	TEL／018（883）1550
秋田県福祉サービス相談 支援センター	TEL／018（864）2726

上記について説明しました。

職名 生活相談員 説明者

印

私は、本書面に基づいて職員（氏名 \_\_\_\_\_）から上記重要事項の説明を受けたことを確認し、同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利 用 者 住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者の家族等 住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_