

**介護予防・日常生活支援総合事業
指定第1号通所事業（通所型サービスA-②）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	医療法人光恵会
主たる事務所の所在地	〒747-0042 防府市今市町21番15号
代表者（職名・氏名）	理事長 光山哲生
設立年月日	平成15年9月1日
電話番号	0835-22-1361

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	光山医院山口デイケアセンター	
サービスの種類	指定第1号通所事業：足腰機能アップ教室（通所型サービスA-②）	
事業所の所在地	〒753-0825 山口市矢原町7番18号	
電話番号	083-902-1029	
指定年月日・事業所番号	平成29年3月1日	3510313020
管理者の氏名	北嶋 繁孝	
事業の実施地域	山口市鴻南地域包括支援センター担当区域	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、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できるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
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、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、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

第1号通所事業（通所型サービスA-②）は、事業者が設置する事業所（デイケアセンター）に通っていただき、健康状態の確認や利用者に必要な日常生活上の機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持又は向上を図るサービスです。
個別のサービスの内容については、以下のとおりです。

通所型サービスA-② (足腰機能アップ教室)	リハビリに特化した介護予防プログラムに則った機能訓練を行うことにより、心身機能の回復を図ることを目的としたサービス。
---------------------------	--

5. 営業日時

営業日	木曜日 ただし、国民の休日及び12月29日から1月3日までを除きます。
営業時間	午後1時から午後5時まで
サービス提供時間	午後2時から午後4時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従業者	常勤 5人、 非常勤 0人
うち理学療法士	常勤 2人、 非常勤 0人
うち介護職員	常勤 3人、 非常勤 0人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）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。

管理責任者の氏名	管理者 北嶋繁孝
----------	----------

8. サービス利用料金

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記載のとおり基本利用料の1割、2割又は3割の額です。ただし、山口市が定める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) 第1号通所事業・通所型サービスA-②（足腰機能アップ教室）の利用料

【基本部分】

サービス名称	月ごとの包括報酬		利用者負担	利用者負担	利用者負担
			(1割)	(2割)	(3割)
通所型サービス A-②	週1回程度利用	13,900円	1,390円	2,780円	4,170円

【加算】

- サービス提供体制強化加算Ⅰ 事業対象者・要支援1・2 週1回程度 88単位/月
- 介護職員等処遇改善加算Ⅲ 111単位

※上記加算に対する利用者負担額は、負担割合証に記載のとおり1割、2割又は3割の額です。

- 一体的サービス提供加算 480 単位

【減算】

- 同一建物居住等減算 291 単位
- 送迎減算 (片道) 47 単位

(3) お支払方法

料金は月ごとの清算とし、本事業所が定める期日までにご本人負担分をお支払いください。
お支払いいただいた後、利用者負担金の受領に関わる領収書を発行いたします。
お支払方法は、銀行口座引落・銀行振り込みをお選びください。

9. サービスの終了

- (1) お客様のご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旨をお申し出ください。
- (2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。
- (3) 自動終了
 - ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が自立と認定された場合
 - ・お客様が亡くなられた場合
- (4) その他
お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、2ヶ月以上の料金滞納があり再三の督促にも関わらずお支払いいただけない場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

10. 緊急時における対応方法につきまして

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、速やかに管理者に報告するとともに、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。

11. 事故・トラブル発生時の対応につきまして

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、介護支援専門員、担当の地域包括支援センター及び山口市等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。
また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

1 2. 苦情相談窓口につきまして

(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。

事業所相談窓口	電話番号 083-933-6220 面談場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(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	山口市高齢福祉課	電話番号 083-934-2793
	山口県国民健康保険団体連合会	電話番号 083-995-1010

1 3. 個人情報の取扱いにつきまして

当事業所は、「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修に努め漏洩に注意を払います。

1 4. 情報の開示につきまして

当事業所は、お客様の求めに従って、お客様ご自身に関する情報（ご利用者記録、サービス提供記録、その他）を開示しております。遠慮なくお尋ねください。

ただし、ご本人あるいは法定代理人でない方（他のご家族様等）からのご請求につきましては、当事業所所定の書面によりご本人様のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

1 5. 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地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 6. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

令和 年 月 日

説明事項確認書

通所型サービスA-②の提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。

事業所

所在地 山口県山口市矢原町7番18号

名称 医療法人光恵会

光山医院山口デイケアセンター

説明者氏名

印

私は本書面により事業者から「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者 住所

氏名

印

署名代行者

住所

本人との続柄

氏名

印

ご利用者との関係（○印）

親族（続柄： ）

成年後見人

代理人

*確認資料をお見せいただく場合がございます。

あらかじめご了承ください。