

重要事項説明書

(介護予防・日常生活支援総合事業『第一号通所事業』)

この「重要事項説明書」は、各地域の実施要綱に基づき当社（事業者）がお客様に説明すべきサービス提供に関する重要事項をご説明するものです。

1. 事業者およびサービス提供事業所：

(1) 事業者：

事業者（法人）の名称	株式会社 ASCare
法人の住所	静岡県静岡市葵区本通十丁目 8 番地の 1
法人の種別	営利法人
代表者氏名	代表取締役 浅井 孝行
電話番号	054-266-3216（代）

(2) サービス提供（ご利用）事業所：

事業所の名称	アスクア デイサービスセンター大幸東
事業所の所在地	名古屋市東区砂田橋三丁目 2 番 第 101 号棟 116 号室
管理者名	熊野 綾
電話番号	050-3317-1572
営業日	祝日を含む月曜日から土曜日 (12月31日から1月3日までを除く)
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分
サービス提供時間	午前 9 時 30 分から午後 4 時 40 分

(3) サービス提供事業所で実施する指定介護サービスの種類及び通常の事業の実施地域：

事業所指定内容			
指定権者	サービスの種類	指定年月日	指定番号
名古屋市	予防専門型 通所サービス	平成 30 年 4 月 1 日	2370200392
利用定員	30 名		
通常の事業の実施地域	名古屋市東区・千種区・北区・名東区		

(4) サービス提供事業所の職員体制等

①職員体制：

職 種	員 数	勤 務 区 分
管理者	1 名	常勤
生活相談員	1 名以上	生活相談員又は介護職員のうち 1 名以上は常勤
看護職員	1 名以上	
介護職員	4 名以上	
機能訓練指導員	1 名以上	

②職種と職務内容：

職 種	職 務 内 容
管理者	職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。又、お客様の「個別サービス計画」を作成します。
生活相談員	お客様及びご家族等の日常生活相談や、他の職種との連携を図りながら、業務が円滑に遂行できるよう努めます。
看護職員	第一号通所事業における看護業務を行います。
介護職員	第一号通所事業における介護業務を行います。
機能訓練指導員	日常生活の動作やレクリエーション活動を通じて機能減退を防止する為の機能訓練を行います。

2. 提供サービスの目的と運営の方針：

サービスの目的	このサービスは、介護保険法に規定された要支援状態又は事業対象者にあるお客様に対し、同法に則った第一号通所事業を提供するものです。
サービス運営の方針	事業者は、お客様が可能な限りその居宅において、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、お客様の心身機能の維持回復を図り、もってお客様の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。

3. 提供サービスの内容等：

(1) サービスの提供開始にあたり、「介護予防サービス・支援計画書」（以下、「ケアプラン」と言います）に基づき策定した「個別サービス計画」を作成し、内容をご確認・ご同意をいただいたうえでサービスを開始いたします。

(2) 提供するサービスの内容は次の通りです。

① 第一号事業支給費対象サービス：

サービス項目		内 容
基本サービス	送迎	ご自宅と施設間の送迎及びその介助等を行います。
	健康チェック	ご家族からの申し送りに配慮したうえで、血圧、脈拍、体温等の測定を行い健康状態の確認を行います。
	相談及び支援	お客様及びご家族のご相談に応じます。
	機能訓練	日常生活の動作やレクリエーション活動を通じて心身機能の維持・向上する為の機能訓練を行います。
	入浴介助	お客様の状況に応じて、適切な入浴介助等を提供します。
選択サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 生活機能向上連携	外部のリハビリテーション専門職と連携して、共同でアセスメントを行い、『運動器機能向上計画』を作成し、計画の進捗状況を評価します。

② 第一号事業支給費対象外サービス（実費負担分）：

サービス項目	内 容
食事代	<input checked="" type="checkbox"/> 昼食 について提供します。
おむつ代	お客様のご希望により、指定銘柄のものを事業所で準備・提供いたします。
その他日常生活費	お客様がご希望されるもので、お客様にご負担いただくことが適当と認められる用品等について事業所で準備・提供します。

(3) サービスご利用時の留意事項：

下記の事項につき、ご理解ご協力をお願いいたします。

介護保険被保険者証 介護保険負担割合証 の確認	①サービスの提供開始にあたり確認させていただきますので、事業所職員にご提示下さい。 ②要介護状態区分等の更新や変更の申請を行う場合、もしくは行っている場合は事業者にご連絡下さい。 ③「住所」、「要介護状態区分等」もしくは「認定の有効期間」又は「負担割合」等記載内容の変更があった場合は事業所職員にご提示ください。
外出	サービスご利用時の外出は、ご遠慮ください。
所持品の管理	お客様の所持品には必ず名前を記入し、原則としてお客様にて管理をお願いします。又、管理が難しい場合は、その旨を事業所にお知らせください。
施設への貴重品の持ち込み	貴重品の施設内への持ち込みは禁止させていただきます。万一、貴重品を施設に持ち込み紛失されましても、事業所では責任を負いかねます。又、携帯電話、飲食物の持ち込みについては事前にご相談ください。
喫煙	喫煙される方は、所定の場所にてお願いします。遵守いただけない場合は、施設のご利用を見合わせていただく場合がございます。
共用設備の使用	多くのお客様が使用されるものですので、大切にご利用下さい。不注意な使用により破損が生じた場合には、修繕費用を弁償いただくことがあります。
宗教・政治活動	施設内での宗教・政治活動は禁止させていただきます。遵守いただけない場合は、施設のご利用を見合わせていただく場合がございます。
感染性疾患	お客様が、他のお客様に感染のおそれがある疾患に罹患した場合、又はその可能性がある場合には、速やかにその旨をお知らせ下さい。ご利用を見合わせていただく場合がございます。

4. 虐待の防止について：

事業者は、お客様の人権の擁護・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配置いたします。

(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、その結果について全ての職員に周知いたします。

(3) 虐待防止のための指針を整備いたします。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施いたします。

(5) サービス提供中に、事業所職員又は養護者（現に養護しているご家族等）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。

5. ご利用料：

当社提供サービスに対するご利用料は、「ケアプラン」に基づき策定した「個別サービス計画」により提供したサービスの利用実績によります。

(1) ご利用料は以下の通りです。

① 第一号事業支給費基準額対象サービス：

第一号事業支給費基準額対象サービスのご利用にあたっては、第一号事業支給費基準額の総額から事業者を支払われる第一号事業支給費を差し引いたご利用料を、お客様の自己負担分として申し受けます。（第一号事業支給費は、事業所より国民健康保険団体連合会に請求して支払いを受けます。）

ご利用負担分については別紙料金表をご覧ください。

又、第一号事業支給費基準額対象サービスであっても、一旦全額をお支払い頂く場合があります。（法定代理受領以外でのサービス提供）その場合は、サービスを提供した証明書を交付します。

尚、給付制限・減免等に関しては介護保険法に準じた対応をいたします。

② 第一号事業支給費基準額対象外サービス（実費負担分）：

在宅サービスでは、支給限度額（第一号事業支給費の対象となる費用の上限総額）が設定されていますが、この限度総額を超える部分のサービス費用については全額お客様負担となります。

この超えた分のうち、「ケアプラン」に位置づけられている第一号事業支給費対象サービスは非課税、その他（別途「個人契約」となります）は課税となります。

支給限度額を超えてのサービスをご希望される場合は、介護支援専門員等に事前にご相談ください。

又、通常の事業の実施地域（1-（3）参照）外へのサービス提供については、別途交通費を申し受けます。その場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点からの距離での交通費を申し受けます。

（通常の事業の実施地域を越えた地点から1 kmにつき 30 円）

食事代・おむつ代・その他日常生活費については実費ご請求いたします。

(2) お客様がご負担するご利用料（自己負担分及び実費負担分）のお支払い方法については、毎月の請求金額をご指定いただいた金融機関の口座から引き落としをさせていただきます。

(3) お客様がサービスのご利用を中止（キャンセル）する場合には、事前に必ずご連絡下さい。

但し、ご利用当日の中止（キャンセル）連絡の場合は、¥ 830のキャンセル料を申し受けます。

6. 「ケアプラン」の変更（サービスご利用の中止、変更及び追加）：

お客様が、「ケアプラン」及び「個別サービス計画」に定めたサービスのご利用を中止、変更もしくは追加をご希望される場合は、必ず事前に介護支援専門員等へのご連絡・ご相談をお願いします。変更・追加の内容によっては、介護保険の対象とならない場合があります。

7. サービス提供の記録：

(1) 事業者は、お客様に対するサービス提供記録について、事業者が定める『個人情報保護方針』を踏まえ、各地域の実施要綱の保存期間に則り、適切に保管・保存いたします。

(2) 事業者は、お客様からサービス提供記録の開示請求があった場合、所定の手続きを経た後、お客様に対し上記サービス提供記録等を開示いたします。

8. 個人情報の提供と保護：

(1) 事業者が知り得たお客様及びご家族の個人情報については、「個人情報使用同意書」に規定されているとおり、事業者の介護サービスの提供及び緊急時又は災害時等以外での目的では原則使用せず、又法令等で定められている場合等を除きお客様及びご家族の許可・同意なく、契約期間中及び契約終了後も外部・第三者に提供・漏洩することはいたしません。

(2) 事業者は、『個人情報保護管理規程』に基づき、個人情報管理責任者を任命し、個人情報の適切な使用と保護について取組みを行っています。

(3) 個人情報管理責任者及び相談・苦情対応窓口は、「14. 相談・苦情対応の窓口」に記載のとおりです。

9. 身分証の携帯と職員研修：

(1) 身分証の携帯義務：

事業者の職員は、常に身分証を携帯し、初回時及びその後お客様等から提示を求められた時は、必ずこれを提示いたします。

(2) 職員研修：

事業者は、法令遵守及びサービスの質の向上を図るため、年間研修計画に従い全ての職員に対し研修（内部研修及び外部研修）を実施いたします。

10. 身体拘束について：

(1) 事業者は、お客様に対する身体拘束その他行動を制限する行為を原則として行いません。

但し、お客様又は他のお客様の生命・身体を保護するために緊急やむを得ずお客様の身体を拘束することがあります。

(2) (1)にある「緊急やむを得ない」事態が生じた場合には、速やかにご家族等へご報告のうえ、書面にてこれを記録し、適切に保管・保存します。

お客様からの開示のご希望に対しては、所定の手続きを経て開示いたします。

(3) 事業者は、身体拘束等の排除のための取組みに関する研修を実施いたします。

11. 緊急事態発生時の対応：

(1) 事業者は、サービス提供中に緊急事態が生じた場合は、主治医に速やかに連絡する等必要な措置を講じます。

なお、救急搬送を必要とする場合、救急隊への申し送り後は、事業者は原則同行できませんのでご承知おきください。

又、必要により関連行政機関（14. 参照）とも連絡をとります。

(2) 事業者は、お客様の経過状況について書面をもって記録し、関係機関からの報告要請を受けた場合には、その記録を速やかに提出いたします。

12. 事故発生時の対応：

事業者は、サービス提供中に事故が発生した場合は、市町村、お客様のご家族、お客様に関わる地域包括支援センター等に速やかに連絡するとともに、当該事故の状況及び処置についての記録その他必要な措置を講じます。

又、事業者は、賠償責任保険に加入しており、賠償すべき事故については、この保険を使用する等の措置により、その損害に対し速やかに賠償を行うものとしします。

13. 非常災害対策：

- (1) 事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、災害対策に関する担当者を置き非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 事業者は、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、定期的に避難訓練を行います。
- (3) 事業者は、非常災害等の発生した場合にそのサービス提供が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携及び協力を行う体制を構築するよう努めます。

14. 相談・苦情対応の窓口：

- (1) 事業者は、お客様及びご家族からのサービス提供に関する苦情に迅速かつ適切に対応するために、窓口の設置及び次の必要な措置を講じます。
 - ① 苦情があった場合には、直ちに管理者がお客様又はご家族に連絡を取り、直接訪問するなどして、詳しい事情を聞くとともに、当該サービス実施の担当職員からも事情を確認します。
 - ② 苦情処理については、検討結果等に基づき、できるかぎり速やかにお客様又はご家族に対する対応を行います。
 - ③ 苦情の内容、処理結果について記録した上、台帳に保管し、再発防止に役立ちます。
 - ④ 苦情の内容によっては、行政窓口等を紹介いたします。
- (2) 事業者の相談・苦情対応の窓口は次の通りです。

① 事業者およびサービス提供事業所

名称	担当者	電話番号
サービス提供事業所	熊野 綾	050-3317-1572
管轄事業本部	施設介護サービス部管理部	050-3317-1595
本社	安全管理部	054-266-3216

② 関連行政機関

名称	電話番号
愛知県国民健康保険団体連合会	052-971-4165
名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課	052-959-3087

15. 事業者の情報開示：

事業者は、その理念やサービスの方針についてホームページを通じて公開しています。

又、お客様及びご家族等のご希望があれば、事業計画もしくは財務管理等の情報を開示いたします。

ホームページアドレス <http://www.as-care.co.jp>

16. 暴力団排除：

(1) 事業所を運営する法人の役員及び管理者その他の職員は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。次項において同じ。）ではありません。

(2) 事業所は、その事業の運営について、暴力団員の支配を受けてはおりません。

17. 第三者評価の実施状況

事業者の第三者評価の実施状況は次の通りです。

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	-
実施した評価機関の名称	-
評価結果の開示状況	-

第一号通所事業 別紙料金表

地域区分	1単位の単価
3級地	10.68円

※ 費用額（10割分）の計算方法

単位数×1単位の単価（※1）＝費用額（1円未満切り捨て）

※1 地域区分別の1単位の単価は、事業所所在地やサービスの種類で異なります。

※ 利用者負担額の計算方法

費用額－（費用額×0.9（1円未満切り捨て））＝利用者負担額1割

費用額－（費用額×0.8（1円未満切り捨て））＝利用者負担額2割

費用額－（費用額×0.7（1円未満切り捨て））＝利用者負担額3割

通所型サービス費（1月につき）		単位数	費用額	利用者負担額		
				1割	2割	3割
予防専門型通所介護費（Ⅰ）	事業対象者・要支援1（週1回程度）	1,798	19,202円	1,921円	3,841円	5,761円
	要支援2（週1回程度）	1,798	19,202円	1,921円	3,841円	5,761円
予防専門型通所介護費（Ⅱ）	要支援2（週2回程度）	3,621	38,672円	3,868円	7,735円	11,602円

その他加算・減算（1月につき）		単位数	費用額	利用者負担額		
				1割	2割	3割
事業所と同一建物から利用する場合	事業対象者・要支援1（週1回程度）	-376	-4,015円	-402円	-803円	-1,205円
	要支援2（週1回程度）	-376	-4,015円	-402円	-803円	-1,205円
	要支援2（週2回程度）	-752	-8,031円	-804円	-1,607円	-2,410円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	事業対象者・要支援1（週1回程度）	+72	768円	77円	154円	231円
	要支援2（週1回程度）	+72	768円	77円	154円	231円
	要支援2（週2回程度）	+144	1,537円	154円	308円	462円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）		+200	2,136円	214円	428円	641円
口腔・栄養ケアプログラム加算	（Ⅰ） 1回につき（6月に	+20	213円	22円	43円	64円
	（Ⅱ） 1回を限度）	+5	53円	6円	11円	16円
科学的介護推進体制加算		+40	427円	43円	86円	129円

その他減算（1回につき）※2		単位数	費用額	利用者負担額		
				1割	2割	3割
事業所が送迎を行わない場合		-47	-501円	-51円	-101円	-151円

※2 利用回数が週1回程度の場合は1月につき376単位の範囲内
 利用回数が週2回程度の場合は1月につき752単位の範囲内で減算

その他加算（※3）	1月につき（利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定） ※基本サービス費＋各種加算・減算の単位数		
	要件	処遇改善加算等の単位数	費用額
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） □	月額賃金改善要件、 キャリアパス要件のすべて 及び職場環境等要件を満たす事業所	介護報酬単位数×12.0% ※1単位未満の端数は四捨五入	左の単位数× 1単位の単価

※3 介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上、キャリアアップや職場環境の改善の取組に加え、生産性向上や協働化に係る取組を行う事業所に認められる加算です。

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

昼食代	1食	830円
リハビリパンツ代	1枚	120円
おむつ代	1枚	100円
パッド代	1枚	60円
その他日常生活費	別途実費	

※ 上記の料金は1回あたりの単位数を円に換算し表示したものです。

※ 市区町村の負担軽減や利用者負担金額の制限によっては、負担する金額が変わることがありますので、ご了承ください。

※ 区分支給限度額を超えてサービスを利用した場合は、超過分が10割負担となります。

※ 利用者負担割合については、市区町村から交付される介護保険負担割合証をご確認ください。