

じゅうようじ こうせつめいしょ  
重要事項説明書

しゃかい ふくしほうじんふくずみかい  
社会福祉法人福角会

していきょうせいがたつうしょかいごじぎょうしょ  
指定共生型通所介護事業所

も あ  
MORE

【指定共生型通所介護事業所 MORE 重要事項説明書】

事業所がご利用者様に対して、指定共生型通所介護の提供を開始するにあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

1. 指定共生型通所介護を提供する事業者

法人の名称	社会福祉法人福角会
所在地	愛媛県松山市福角町甲1829番地
電話番号	TEL:089-978-5855 FAX:089-978-5856
代表者氏名	理事長 山崎 隆
法人の設立年月	昭和47年5月31日

2. 利用事業所

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称	MORE
介護保険事業所番号	3870113093
事業所の所在地	愛媛県松山市福角町甲1434番地1
連絡先	TEL:089-909-3646 FAX:089-909-3648 メール: more@hukuzumikai.com
管理者氏名	青野 一
通常の事業の実施地域	松山市（ただし、島嶼部を除きます。）
指定年月日	令和3年4月1日
定員	30名

(2) 事業の目的及び運営の方針等

事業の目的	社会福祉法人福角会が設置するMOREが行う指定共生型通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理・運営に関する事項を定め、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った、適切かつ円滑な指定共生型通所介護の提供を確保することを目的とします。
運営の方針	①利用者が、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他の必要な支援を行います。 ②利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。 ③利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 ④地域との結び付きを重視し、関係市町、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 ⑤指定共生型通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対

	<p>して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等へ情報の提供を行います。</p> <p>⑥介護保険法及び松山市指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例に定める内容のほかその他関係法令等を遵守します。</p>
第三者評価の実施状況	実施の有無：無
自己評価	実施の有無：無

(3) 事業所の営業日・営業時間及びサービス提供時間

営業日	月曜日から金曜日までとします。ただし、祝日及び年末年始については、土曜日等に振り替えて実施することもあります。予定は事前にお知らせします。
営業時間	午前9時～午後5時
サービス提供時間	午前9時～午後4時

(4) 事業所の従業者の体制

職種	職務内容	人員数
管理者	<p>従業者および業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定共生型通所介護の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。</p> <p>利用者の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえて、機能訓練の目標、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共生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。</p> <p>利用者へ共生型通所介護計画を交付します。</p>	1名
生活相談員	<p>指定共生型通所介護の利用申込に係る調整、他の共生型通所介護従業者に対する相談助言および技術指導を行います。</p> <p>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、生活指導および入浴、排泄、食事等の介護に関する相談および援助などを行います。</p>	1名以上
介護職員	<p>共生型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話および介護を行います。</p>	4名以上
機能訓練指導員	<p>共生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。</p>	1名以上
看護職員	<p>サービス提供の前後および提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。</p> <p>利用者の静養のための必要な措置を行います。</p> <p>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。</p>	1名以上

栄養士	低栄養状態等の改善を目的として、栄養食事相談等の栄養管理を行います。	1名以上
調理員	利用者に対する食事の調理及び調整と配膳を行います。	1名以上
医師	利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行います。	1名以上

### 3. サービスに係る設備等の概要

#### (1) 建物等

建物	構造	鉄骨造・平屋建
	延床面積	379.88㎡
敷地面積		1148.72㎡

#### (2) 設備の概要

施設・設備の種類	面積	備考
機能訓練室	115.88 ㎡	有効面積102㎡(一人当たり:3.4 ㎡)
多目的室(静養室)	6.84 ㎡	
多目的室(コミュニティ・キッチン)	10.26 ㎡	
多目的室(談話室)	8.76 ㎡	
便所	9.45 ㎡	女性トイレ
	9.45 ㎡	男性トイレ
	5.31 ㎡	多目的トイレ
	2.16 ㎡	職員トイレ
浴室・脱衣室	6.13 ㎡	浴室1
	5.13 ㎡	脱衣室1
	9.07 ㎡	浴室2
	4.97 ㎡	脱衣室2
洗濯室	6.75 ㎡	
更衣室	2.91 ㎡	女性更衣室
	1.55 ㎡	男性更衣室
厨房	32.26 ㎡	厨房
	8.15 ㎡	検収・下処理室
	6.85 ㎡	厨房化粧室・更衣室
支援員室(事務室)	33.13 ㎡	
相談室	8.37 ㎡	
エントランス	18.00 ㎡	エントランス・ルーム
	12.81 ㎡	エントランス・ホール
その他の設備	36.67 ㎡	廊下・倉庫・収納等

#### 4. 提供するサービスの内容及び費用について

##### (1) 提供するサービスの内容について

<p>共生型通所介護計画の作成</p>	<p>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、支援の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた共生型通所介護計画を作成します。</p> <p>2) 共生型通所介護計画の作成に当たっては、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。</p> <p>3) 共生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、共生型通所介護計画を利用者に交付します。</p> <p>4) それぞれの利用者について、共生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。</p>
<p>利用者居宅への送迎</p>	<p>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。</p> <p>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、車イス又は歩行介助により送迎を行うことがあります。</p>
<p>日常生活上の世話</p>	<p><b>食事介助</b> 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また、嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。</p> <p><b>入浴介助</b> 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪などを行います。</p> <p><b>排泄介助</b> 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。</p> <p><b>更衣介助</b> 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。</p> <p><b>移動・移乗介助</b> 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車イスへの移乗等の介助を行います。</p> <p><b>服薬介助</b> 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。</p>
<p>機能訓練</p>	<p><b>日常生活動作を通じた訓練</b> 利用者の状態や能力、希望等に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。</p> <p><b>レクリエーションを通じた訓練</b> 利用者の状態や能力、希望等に応じて、レクリエーションや音楽活動、体操などを通じた訓練を行います。</p> <p><b>理学療法士等による訓練</b> 利用者の状態や能力、希望等に応じて、理学療法士や作業療法士等による専門的知識・技術に基づいた訓練を行います。</p>
<p>その他</p>	<p>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。</p>

特別なサービス(加算参照)	個別機能訓練加算	個々の利用者の状況に適切に対応する観点から、個別機能訓練計画を策定し、これに基づきサービス提供を行います。
	口腔機能向上加算 注)1	口腔機能の低下しているまたはその恐れのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3ヶ月以内、月2回まで)

注)1 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合には、引き続きサービスを受けることができます。

(2) 共生型通所介護従業者の禁止行為

共生型通所介護事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為(ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除きます。)
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除きます。)
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を利用する場合)について

サービス提供区分	要介護認定	介護報酬額	利用者負担額		
			1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,440円	344円	688円	1,032円
	要介護2	3,930円	393円	786円	1,179円
	要介護3	4,450円	445円	890円	1,335円
	要介護4	4,960円	496円	992円	1,488円
	要介護5	5,470円	547円	1,094円	1,641円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,610円	361円	722円	1,083円
	要介護2	4,130円	413円	826円	1,239円
	要介護3	4,670円	467円	934円	1,401円
	要介護4	5,210円	521円	1,042円	1,563円
	要介護5	5,740円	574円	1,148円	1,722円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,300円	530円	1,060円	1,590円
	要介護2	6,260円	626円	1,252円	1,878円
	要介護3	7,230円	723円	1,446円	2,169円
	要介護4	8,180円	818円	1,636円	2,454円
	要介護5	9,150円	915円	1,830円	2,745円

6時間以上 7時間未満	要介護1	5,430円	543円	1,086円	1,629円
	要介護2	6,410円	641円	1,282円	1,923円
	要介護3	7,400円	740円	1,480円	2,220円
	要介護4	8,380円	838円	1,676円	2,514円
	要介護5	9,370円	937円	1,874円	2,811円
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,120円	612円	1,224円	1,836円
	要介護2	7,230円	723円	1,446円	2,169円
	要介護3	8,370円	837円	1,446円	2,511円
	要介護4	9,510円	951円	1,674円	2,853円
	要介護5	10,680円	1,068円	2,130円	3,204円
8時間以上 9時間未満	要介護1	6,220円	622円	1,224円	1,866円
	要介護2	7,360円	736円	1,272円	2,208円
	要介護3	8,510円	851円	1,702円	2,553円
	要介護4	9,680円	968円	1,936円	2,904円
	要介護5	10,860円	1,086円	2,172円	3,258円

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、共生型通所介護計画に位置付けられた内容のサービスを行うための標準的な時間によるものです。したがって、例えば単に家族の出迎え等の都合で通常の時間を越えて事業所にいたというだけの場合は、当初の計画に位置付けられた所要時間の料金になります。

※利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる(1～2時間程度の利用)場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

### 【加算等】

加算名称	介護報酬額	利用者負担額		算定回数等
入浴介助加算Ⅰ	400円	1割	40円	入浴介助を実施した日数
		2割	80円	
		3割	120円	
入浴介助加算Ⅱ	550円	1割	55円	医師等が利用者の居宅を訪問し浴室の環境を評価し、入浴計画を作成の上、入浴介助を実施した日数
		2割	110円	
		3割	165円	
生活相談員配置等加算	130円	1割	13円	生活相談員として社会福祉士、精神保健福祉士等の有資格者を配置している場合(1日につき) 地域に貢献する活動を行っている場合
		2割	26円	
		3割	39円	
個別機能訓練加算Ⅰ (イ)	560円	1割	56円	理学療法士等が個別機能訓練計画に基つき計画的に個別機能訓練をします。(実施した日数)
		2割	112円	
		3割	168円	

個別機能訓練加算 I (口)	760円	1割	76円	サービス提供時間帯を通じて配置された理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき計画的に個別機能訓練をします。(実施した日数)
		2割	152円	
		3割	228円	
個別機能訓練加算 II	200円	1割	20円	個別機能訓練計画等の情報を厚生労働省に提出しフィードバックを受けている場合(月1回)
		2割	40円	
		3割	60円	
口腔機能向上加算 I	1,500円	1割	150円	口腔機能の低下、そのおそれのある者を対象に、重度化防止や改善を旨としたサービス提供を行った場合 (3ヶ月以内の期間に限り、1月に2回を限度)
		2割	300円	
		3割	450円	
口腔機能向上加算 II	1,600円	1割	160円	口腔機能の低下、そのおそれのある者を対象に、重度化防止や改善を旨としたサービス提供を行い、その情報を厚生労働省に提出しフィードバックを受けている場合 (3ヶ月以内の期間に限り、1月に2回を限度)
		2割	320円	
		3割	480円	
科学的介護 推進体制加算	400円	1割	40円	厚生労働省の科学的介護情報システムを活用し、PDCA サイクル の推進、ケアの質の向上を行っている場合(月1回)
		2割	80円	
		3割	120円	
送迎を行わない場合の 減算	470円	1割	47円	送迎を行わなかった場合 (片道につき)
		2割	94円	
		3割	141円	
サービス提供体制強化 加算(Ⅱ)	180円	1割	18円	職員の配置、勤務年数、資格の有無に応じて算定します。 (サービス提供日)
		2割	36円	
		3割	54円	
サービス提供体制強化 加算(Ⅲ)	60円	1割	6円	職員の配置、勤務年数、資格の有無に応じて算定します。 (サービス提供日)
		2割	12円	
		3割	18円	
福祉・介護職員等処遇 改善加算Ⅱ	所定単位数の90/1000を加算			1月につき ※令和8年5月末まで
福祉・介護職員等処遇 改善加算(Ⅱ)口	所定単位数の118/1000を加算			1月につき ※令和8年6月以降

※利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

## 5. その他の費用について

①送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を以下のとおり請求させていただきます。	
	自動車を使用の場合	通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道1キロメートルあたり50円
②食事の費用	MOREの食事	680円(1食あたり)
	ヨシケイの食事	680円(1食あたり)
	松山福祉園の弁当	430円(1食あたり)
③食事キャンセル料	MOREの食事	「土曜日・日曜日・祝日を含まない 3日前の17:00」までにお申し出がない場合は、キャンセル料(食費の原材料費相当額)をいただきます。ただし、急な体調不良等のやむを得ない場合は除きます。また、8月13日～15日、12月29日～1月3日につきましては、祝日扱いとさせていただきます。 <b>食事キャンセル料(食費の原材料費相当額) 380円</b>
	ヨシケイの食事	「閉所日(土日等)を含まない 1日前の9:00」までにお申し出がない場合は、キャンセル料(食費の原材料費相当額)をいただきます。ただし、急な体調不良等のやむを得ない場合は除きます。 <b>食事キャンセル料(食費の原材料費相当額) 380円</b>
	松山福祉園の弁当	利用当日のキャンセルは朝9:00までです。それ以降は料金をいただきます。弁当キャンセル料 430円
④おむつ代	実費	
⑤複写料	白黒コピー1枚10円・カラーコピー1枚30円	
⑥その他 日常生活品費	実費	

## 6. 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求及び支払い方法について

①利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等	<p>利用料、利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月末までに利用者あてにお届けします。</p>
②利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払方法等	<p>サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、当月末日清算の翌々月10日払い(金融機関が休みの場合は翌営業日)で、下記のいずれかの方法によりお支払下さい。</p> <p>■ご指定の口座からの引き落としをお願いいたします。</p> <p>※現金又は振込での支払いを希望される場合はお申し出下さい。</p> <p>お支払いを確認しましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお</p>

わた 渡しますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の  
かんぶせいきゅう 還付請求の際に必要なことがあります。)

※利用料、利用者負担額(介護保険適用する場合)及びその他の費用の支払いについて、支払い期日から3  
つきじょうちえん 以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除  
した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 7. 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  
場合は速やかに事業者にお知らせ下さい。
- (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、「共生型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「共生型通所介護  
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いたします。
- (4) サービス提供は「共生型通所介護計画」に基づいて行います。なお、「共生型通所介護計画」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) 共生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。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。

## 8. 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (3) 利用者およびその家族等からの苦情解決体制を整備しています。
- (4) 委員会の定期的な開催及び従業者への周知を行います。
- (5) 指針の整備を行います。
- (6) 担当者の配置を行います。
- (7) その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
- (8) サービス提供中に、当該事業所従業者又は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、これを市町に通報します。

### ○事業所内の虐待受付窓口

虐待防止に関する責任者

(職)介護職員【係長】 (氏名)宮本寿美子

ぎょうせいきかん ぎやくたいうけつけまどぐち  
○行政機関の虐待受付窓口

機関名	住所	電話番号	受付時間
まつやまし 松山市	まつやましにばんちやう 松山市二番町4-7-2	089-948-6968	へいじつ 平日 8時30分～ 17時15分

## 9. 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。

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です。
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です。
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。

## 10. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、及び「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、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び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。</p> <p>③ また、この契約を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
個人情報の保護について	<p>① 事業者は、利用者からあらかじ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開示いたしません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじ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開示いたしません。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁的記録を含みます。）については、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。</p>

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。）

## 11. 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医等への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

緊急連絡先			
①家族等氏名(続柄)		連絡先	
②家族等氏名(続柄)		連絡先	
医療機関・診療所名			
主治医		連絡先	

※契約締結後に追加記入いたします。

協力医療機関および嘱託医は以下のとおりです。

### 【協力医療機関】

医療機関名	科名	所在地	電話番号
堀江病院	内科・精神科	松山市福角町甲1582	089-978-0783
矢野内科	内科	松山市東長戸1丁目10-18	089-922-5522
川谷整形外科	整形外科	松山市常竹甲379-1	089-994-7800
光洋台デンタルクリニック	歯科	松山市小川甲200-1	089-994-3777
はしもと脳神経外科	脳神経外科	松山市馬木町2230-1	089-989-5959

### 【嘱託医】

医療機関名	科名	医師名	診療時間
堀江病院	内科・精神科	川本立夫	毎月第1火曜日(14:10~14:45)

## 12. 事故発生時の対応について

利用者に対する指定共生型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町、利用者の家族、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。

市町	松山市役所 指導監査課	連絡先	089-948-6968
居宅介護支援事業所			
担当者		連絡先	

※契約締結後に追加記入いたします。

また、利用者に対する指定共生型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	社会福祉法人 全国社会福祉協議会
保険名	しせつの損害賠償
補償の概要	業務中の事故賠償補償

保険会社名	AIU損害保険(株)
保険名	個人情報漏洩保険
補償の概要	個人情報漏洩対応補償等

### 13. 心身の状況の把握

指定共生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。

### 14. 居宅介護支援事業者との連携

- 指定共生型通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保険医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- 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「共生型通所介護計画」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。
- 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又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

- 指定共生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の完結した日から5年間保存します。
- 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

- 事業所に災害対策に関する担当者(責任者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害時対応責任者	(施設長) 青野 一
----------	------------

- 非常災害に関する具体的計画を立て、事業所の見やすい場所に掲示するとともに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。
- 定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。

### 17. 衛生管理等

- (1) 指定共生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) 指定共生型通所介護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必要な措置を講じます。
- (3) 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。

## 18. 見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

- (1) 提供予定の指定共生型通所介護の内容と利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)

曜日	サービス提供時間	介護報酬額	利用者負担額
月		円	円
火		円	円
水		円	円
木		円	円
金		円	円
土		円	円
日		円	円
一週間当たりの利用料等合計額		円	円

- (2) その他の費用(一週間当たり)

	円
	円
	円
	円

- (3) お支払いいただく目安

お支払い額の目安(一週間当たり)	円
お支払い額の目安(一月当たり)	円

※ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用料金表の活用も可能です。

※この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヶ月以内とします。

## 19. カスタマーハラスメントへの対応について

当事業所では、利用者およびご家族等からの暴言・暴力・威圧的言動・不当な要求等の「カスタマーハラスメント」に対しては、職員の安全確保と適正なサービス提供のために、状況に応じて対応・是正のお願いをさせていただきます場合がございます。

改善が見られない場合には、やむを得ずサービスの一時停止・契約解除を行う場合がありますので、あらかじめご了承ください。

## 20. サービス提供に関する相談、苦情について

- (1) 利用者または家族等からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- (2) 苦情や相談があった場合、苦情受付担当者はしっかりとお話を聞き、場合によってはご自宅へ伺うなど、状況の把握や事実確認に努めます。
- (3) 苦情受付担当者は速やかに苦情解決責任者(管理者)に状況等の報告を行い、利用者または家族等の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- (4) 検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ず利用者または家族等へ報告します。
- (5) 苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業員全員で検討します。

① 事業所内の相談、苦情受付窓口 ※受付時間:9:00～17:00(平日)

担当者	役職名	氏名	住所	電話番号
受付担当者	課長補佐	中平 華奈	松山市福角町甲1434番地1	089-909-3646
解決責任者	管理者	青野 一		
第三者委員	福角会監事	川中 国和	松山市北条辻637-11	089-993-3104
	福角会評議員 選任・解任委員	萬 喜志男	松山市福角町甲633-1	089-979-0805

② 行政等の受付機関

機関名	住所	電話番号	受付時間
松山市 指導監査課 介護事業者指定 指導担当	松山市二番町4-7-2	089-948-6968	平日 8時30分～ 17時15分
愛媛県 愛媛県福祉サービス 社会福祉協議会 運営適正化委員会	松山市持田町3-8-15	089-998-3477	平日 9時～12時 13時～16時30分
愛媛県国民健康 保険団体連合会 介護福祉課	松山市高岡町101-1	089-968-8700	平日 8時30分～ 17時15分

令和 年 月 日

指定共生型通所介護事業に関するサービスの提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名 MORE

説明者職名

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定共生型通所介護事業に関するサービスの提供及び利用の開始に同意しました。

契約者 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

立会人 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(本人との関係 )