

1. 指定介護予防通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名	株式会社アクティブ
代表者氏名	代表取締役 阪東 祐一郎
所在地	大阪府松原市東新町二丁目173番地7号
電話番号	072-321-5321
設立年月	平成18年7月26日

2. ご利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	アクティブデイサービス松原
指定事業者番号	2774801522
事業所所在地	松原市天美我堂1-7F 棟114
連絡先	電話：072-289-8151（午前9時～午後5時） FAX：072-289-8152（午前9時～午後5時）
相談担当者名	阪東 由佳子
通常の実施地域	松原市、堺市北区、堺市東区
利用定員	1単位目10名、2単位目10名 1日20名

(2) 事業の目的及び運営の方針

介護保険法令に従い、要支援状態のご利用者様に対し、適切な指定介護予防通所介護を提供することを目的とします。

(3) 事業の運営の方針

要支援状態のご利用者様に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、さらにご利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、向上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必要な援助を行います。

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間とサービス提供時間

営業日	月曜日から土曜日 年末年始、盆休みを除く。
営業時間	午前9時から午後5時まで
サービス提供時間	(1単位目) 午前9時から午後0時10分 (2単位目) 午後1時30分から午後4時40分

(5) 事業所の職員体制

管理者：池内 汐里

内容：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。

生活相談員：常勤2名

内容：ご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、生活指導及び介護に関する相談及び援助などを行います。

介護職員：常勤1名 非常勤2名

内容：必要な日常生活上の世話及び介護を行います。

機能訓練指導員：常勤1名 非常勤11名

内容：ご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。

※事業所内外における異動や配置転換により担当職員が変更となる場合があります。できる限り事前にご連絡し担当者もしくは責任者による引継ぎの基、サービスの継続に努めます。

3. 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

① 介護予防通所サービス計画の作成

ご利用者に係る居宅介護予防支援事業者が作成した居宅介護予防サービス計画(ケアプラン)に基づき、ご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介護予防通所サービス計画を作成します。

介護予防通所サービス計画の作成に当たっては、その内容についてご利用者又はその家族に対して説明し、ご利用者の同意を得ます。

② ご利用者居宅への送迎

事業者が保有する自動車により送迎を行います。

③ 日常生活上の世話

介助が必要なご利用者に対して、排泄の介助、更衣介助、移動・移乗介助、服薬介助を行います。

④ 機能訓練

日常生活動作・レクリエーションを通じた訓練、器具等を使用した訓練、創作活動などを行います。

(2) 介護予防通所サービス従業者の禁止行為

介護予防通所サービス事業所の従業者は、サービスの提供にて、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く。)

② ご利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

③ ご利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

④ 身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為(ご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く)

⑤ その他ご利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

⑥ 職員の個人携帯を使用した直接連絡。職員への連絡などは事業所に直接ご連絡ください。

⑦ 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。

職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

※以上の内容をご協力いただけない場合、サービス提供をお断りする場合があります。

(3) 要支援の方で提供するサービスの利用料、ご利用者負担額 (地域単価：10.45 円)

介護度	介護予防 通所サービス費 (単位/月)	科学的介護推進体制 加算 (単位/月)	口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅰ (6 か月 1 回)	生活機能向上連携 加算Ⅱ (単位/月)	介護職員等処遇改善 加算Ⅲ (単位/月)
要支援 1	1798	40	20	200	164
要支援 2	3621				310

介護度	利用者自己負担額 (円/月)		
	1 割	2 割	3 割
要支援 1	2,322 円	4,644 円	6,966 円
要支援 2	4,380 円	8,759 円	13,139 円

口腔機能向上加算算定の場合

介護度	介護予防 通所サービス費 (単位/月)	口腔機能向上 加算Ⅱ (単位/月)	科学的介護推進体制 加算 (単位/月)	口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅱ (6 か月 1 回)	生活機能向上連携 加算Ⅱ (単位/月)	介護職員等 処遇改善 加算Ⅲ (単位/月)
要支援 1	1798	160	40	5	200	176
要支援 2	3621					322

栄養アセスメント加算算定の場合

介護度	介護予防 通所サービス費 (単位/月)	栄養アセスメント加算 (単位/月)	科学的介護推進体制 加算 (単位/月)	口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅱ (6 か月 1 回)	生活機能向上連携 加算Ⅱ (単位/月)	介護職員等 処遇改善 加算Ⅲ (単位/月)
要支援 1	1798	50	40	5	200	176
要支援 2	3621					322

介護度	利用者自己負担額 (円/月)		
	1 割	2 割	3 割
要支援 1	2,486 円	4,972 円	7,458 円
要支援 2	4,544 円	9,088 円	13,631 円

※6 か月単位の口腔・栄養スクリーニング加算は月料金に反映していません。

- ① 基本は1月あたりの包括単位を用いますが、1回あたりの出来高単位を設定し、次の場合に使用します。
 - ア 月途中の利用開始・終了、入退院による利用中断・再開の場合
 - イ 月途中のケアプラン変更により、利用回数を変更した場合
 - ウ 介護予防給付において、日割り請求を行う場合
- ② 事業対象者の単位は要支援1・要支援2相当で算定します。

加算の説明

◎生活機能向上連携加算

自立支援の推進・重度化防止のために、通所介護事業所の職員とリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で評価を行い、個別機能訓練計画を作成します。

◎科学的介護推進体制加算

利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、自立支援・重度化防止取組みを行う事業所に認められる加算です。

◎口腔・栄養スクリーニング加算

当該事業所の職員が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の栄養状態や口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者を担当する介護支援専門員に情報提供を行います。

◎栄養アセスメント加算

利用者ごとに、管理栄養士、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを行い、その結果を利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じて栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供を行うことで認められる加算となっている。

◎介護職員等処遇改善加算

介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等、人材確保のための処遇改善の取組みを行う事業所に認められる加算です。

(4) その他の費用

① キャンセル料について

前日午後 5 時まで（前日が日曜日の場合は土曜日の午後 5 時まで）にご連絡を頂いた場合はキャンセル料をいただきません。それ以後のご連絡、もしくはご連絡のないキャンセルにつきましては、1 提供当たりの料金の 100% を請求いたします。ただし、ご利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

② 日常生活費について

活動費として 1 日 100 円をいただきます。 ※運営規程の定めに基づくもの

4. ご利用料、その他の費用の請求及び支払い方法

① ご利用料、その他の費用の請求方法等	
ア 利用料、ご利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。	
イ 当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月の中旬頃までにご利用者にお渡します。	
② 利用料、その他の費用の支払い方法等	
1) 自動口座引き落とし	ご指定の金融機関の口座から月 1 回（利用月の翌月 27 日前後に）銀行及び郵便局から引き落とします。
2) 現金払い	請求日から 20 日以内にお支払い下さい。

お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡します。必ず保管されますようお願いいたします。

5. 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) ご利用者が要介護認定を受けていない場合は、ご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、居宅介護支援がご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、遅くともご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) ご利用者に係る居宅介護支援事業者〔介護予防支援事業者〕が作成する「居宅〔介護予防〕サービス計画（ケアプラン）」に基づき、ご利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防通所サービス計画書」を作成します。なお、作成した「介護予防通所サービス計画書」は、ご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くださいようお願いします
- (4) サービス提供は「介護予防通所サービス計画書」に基づいて行ないます。なお、「介護予防通所サービス計画書」は、ご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) 実際のサービス提供にあたっては、ご利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

6. 虐待の防止について

（責任者）代表：阪東 祐一郎

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・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。

- ・ 成年後見制度の利用を支援します。
- ・ 苦情解決体制を整備しています。
- ・ 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ます。

7. 身体拘束について

事業者は、原則としてご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、ご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、ご利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、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。

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

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ご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。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。

事業者は、ご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、ご利用者の個人情報を用いませぬ。またご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ご利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

9. 緊急時の対応方法について（別紙）

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

10. 事故発生時の対応方法について

ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者の家族、ご利用者に係る居宅介護支援事業者〔介護予防支援事業者〕等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者に対する指定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。

加入保険名：居宅サービス事業者総合補償制度（社団法人 全国訪問看護事業協会）

11. サービス提供の記録

（１） サービスの提供ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は契約終了日から５年間保存します。

（２） ご利用者は、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。

12. 非常災害対策

（１） サービス提供を行う施設については、消防法による設備を整えています。（誘導灯、非常灯、消火器等）

（２） 避難、救出その他必要な訓練を毎年２回行います。

13. 衛生管理等

（１） サービスの提供の用に供する施設、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） サービスの提供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。

14. 指定通所介護〔介護予防通所サービス〕サービス内容の見積もりについて

提供予定の指定介護予防通所サービスの内容と利用料、ご利用者負担額の見積もりは以下の通りになります。

介護度	曜日	利用料（単位）	負担額	合計／回	合計／月
要支援１					
要支援２					

※ 別途、活動費として１回あたり１００円をいただきます。

15. サービス提供に関する相談、苦情について

（１） 苦情処理の体制及び手順

① 提供した指定通所介護〔介護予防通所サービス〕に係るご利用者及びその家族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。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順を設けています。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】	名 称	アクティブデイサービス松原
	所 在 地	松原市天美我堂 1-7 F 棟 114
	電話番号	072-289-8152 ファックス番号 072-289-8152
	受付時間	午前 9 時から午後 5 時
【松原市の窓口】	名 称	松原市健康部高齢介護課
	所 在 地	松原市阿保 1-1-1
	電話番号	072-334-1550
	受付時間	午前 9 時から午後 5 時 30 分
【国保連の窓口】	名 称	大阪府国民健康保険団体連合会
	所 在 地	大阪府中央区常盤町 1 丁目 3 番 8 号 中央大通 F N ビル内
	電話番号	06-6949-5309
	受付時間	午前 9 時から午後 5 時

16. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、「指定居宅〔介護予防〕サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条の規定に基づき、ご利用者に説明を行いました。

事業者	所 在 地	大阪府松原市東新町 2-173-7
	法 人 名	株式会社 アクティブ
	代 表 者 名	代表取締役 阪東 祐一郎 印
	事 業 所 名	アクティブデイサービス
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意しました。

ご利用者	住 所	
	氏 名	

代理人	住 所	
	氏 名	