

## 重要事項説明書及び個人情報保護基本方針

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防型通所サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、川西市介護予防、日常生活支援総合事業実施要項の規定に基づき、指定介護予防型通所サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

### 1 指定通所型介護予防サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社ユーフォリア
代表者氏名	西山 盛正
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	兵庫県川西市向陽台1丁目6-39 TEL 072-792-5501 FAX 072-792-5505
法人設立年月日	令和2年7月1日

### 2 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	デイサービス胡蝶の夢
介護保険指定 事業者番号	2873102954
事業所所在地	兵庫県川西市向陽台1丁目6-39
連絡先 相談担当者名	TEL 072-792-5510 FAX 072-792-5513 吉川 太郎
事業所の通常の 事業の実施地域	川西市
利用定員	34名（月曜日から土曜日）

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要支援1又は2、事業対象者と認定された利用者のご要望に基づき、当事業所の生活相談員、介護職員、機能訓練指導員、看護師等が利用者の社会的孤立の解消、および心身機能の維持、要介護状態にならないための予防、ならびに利用者のご家族の身体、精神的負担の軽減をはかるために、介護予防型通所サービスの提供を行います。
運営の方針	利用者一人ひとりに行き届いたケアサービスを提供します。家庭的な雰囲気大切に「生きがい」「やすらぎ」「笑顔」を忘れず、うるおいのある豊かな生活の場を作ります。

## (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日（但し、12/30～1/3は休業日とする。）
営 業 時 間	AM8：30～PM17：30

## (4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から土曜日（但し、12/30～1/3は休業日とする。）
サービス提供時間	AM9：00～PM17：00

## (5) 事業所の職員体制

管理者	吉川 太郎
-----	-------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 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。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、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通所型介護予防サービス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。 4 利用者へ通所型介護予防サービス計画を交付します。 5 指定通所型介護予防サービスの実施状況の把握及び通所型介護予防サービス計画の変更を行います。	常 勤 1 名 （生活相談員と兼務）
生活相談員	1 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、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、通所型介護予防サービス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。	常 勤 5 名 （管理者と兼務1名） （介護職員と兼務4名）
看護師・ 准看護師 （看護職員）	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 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。	非常勤 4 名
介護職員	1 通所型介護予防サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常 勤 6 名 （生活相談員と兼務4名） 非常勤 8 名 （送迎職員と兼務2名）
機能訓練 指導員	1 通所型介護予防サービス計画に基づき、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。	常 勤 1 名 非常勤 1 名

調理員	1 調理に従事し、食事の提供を実施します。	常 勤 1 名 非常勤 1 名
送迎職員	1 利用者を安全かつ安心に利用できるよう交通規範に遵守し乗降、送迎を実施します。 2	非常勤 4 名 介護職員兼務 2 名

### 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

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
介護予防型通所サービス計画の作成等		<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者に係る介護予防支援事業者等が作成した介護予防サービス計画（ケアプラン）等に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、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型通所サービス計画を作成します。</li> <li>2 介護予防型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。また、計画を作成した際は、利用者に交付します。</li> <li>3 介護予防型通所サービスの提供に当たっては、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明します。</li> <li>4 介護予防型通所サービスの事業者は、計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状況やサービスの提供状況について、介護予防サービス計画等を作成した介護予防支援事業者等に報告します。</li> <li>5 介護予防型通所サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防型通所サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防型通所サービス計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。</li> <li>6 上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防型通所サービス計画の変更を行います。</li> </ol>
利用者居宅への送迎		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。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、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	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。
	入浴の提供及び介助	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。
	排せつ介助	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。
	更衣介助	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。

	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	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。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	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。
★1 特別なサービス (利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。)	生活機能向上グループ活動 注) 1	利用者の生活機能の向上を目的として、利用者ごとに生活機能の向上の達成目標を設定し作成した通所型介護予防サービス計画に基づき、共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して日常生活上の支援のための活動（週1回以上）を提供します。
	運動器機能向上 注) 2	利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、長期目標（概ね3か月程度）及び短期目標（概ね1ヶ月程度）を設定し、個別に運動機能向上計画を策定し、これに基づいたサービス提供を利用者ごとに行います。（概ね3か月程度） また、利用者の短期目標に応じて、概ね1ヶ月ごとに短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、運動器機能向上計画の修正を行います。
	栄養改善 注) 3	低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、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か月以内まで）
	口腔機能向上 注) 4	口腔機能の低下している又はそのおそ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か月以内まで）
	選択的サービスの複数実施	生活機能の向上に資する選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のプログラムを組み合わせ、利用時に必ずいずれかの選択的サービス実施した場合の評価を行います。
	若年性認知症利用者受入	若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

注) 1 実施期間終了後に、達成目標に到達しなかった場合には、介護予防支援事業者等によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注) 2 実施期間終了後に、介護予防支援事業者等によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注) 3 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、栄養改善の効

果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注) 4 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は、引き続きサービスを受けることができます。

## (2) 介護予防型通所サービス従業者の禁止行為

介護予防型通所サービス従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く。）
- ② 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 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く）
- ⑤ その他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

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

サービス提供区分		介護予防型通所サービス費 (Ⅰ)		介護予防型通所サービス費 (Ⅱ)－1		介護予防型通所サービス費 (Ⅱ)－2	
		事業対象者・要支援1		事業対象者・要支援2 週1回程度の利用が必要な場合		事業対象者・要支援2 週2回以上の利用が必要な場合	
		利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通常の場合	基本	18,789円/月	1,878円/月	37,839円/月	3,783円/月	37,839円/月	3,783円/月
日割りとなる場合	基本	616円/日	61円/日	1243円/日	124円/日	1,243円/日	124円/日

※ 日割りとなる場合とは、以下のような場合で、( )内の日をもって日割り計算を行います。

- ・ 月途中からサービス利用を開始した場合（契約日）
- ・ 月途中でサービス利用を終了した場合（契約解除日）
- ・ 月途中に要介護から要支援に変更になった場合（変更日）
- ・ 月途中に要支援から要介護に変更になった場合（変更日）
- ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合（変更日）

※ 回数の単位数を使用する場合とは、以下のような場合で、サービスの実際の利用回数に応じた料金となります。

- ・ 契約の変更を伴わない入院等(短期入院等)がある場合（介護予防型通所サービス計画に定めたサービス提供区分よりも利用が少なかった場合に使用し、計画上の頻度に応じた単位数で算定する。）
- ・ 介護予防型短時間サービスと組み合わせて併用した場合（1月の上限は、1月の計画上の頻度に応じた包括単位数とする。）

	★2加 算	利用料	利用 者 負担 額	算 定 回 数 等
要支 援に よる 区分 の変 更なし	栄養アセスメント加算 (単位数 50)	522円	53円	1月に1回
	栄養改善加算 (単位数 200)	2,090円	209円	1月に1回
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ (単位数 20)	209円	21円	6月に1回
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ (単位数 5)	52円	6円	6月に1回
	口腔機能向上加算Ⅰ (単位数 150)	1,567円	157円	1月に1回
	口腔機能向上加算Ⅱ (単位数 160)	1,672円	168円	1月に1回
	科学的介護推進体制加算 (単位数 40)	418円	42円	1月につき
	選択的サービス複数実施加算 (単位数Ⅰ 480) (単位数Ⅱ 700)	(Ⅰ) 運動器機能向上及び栄養改善 5,016円	502円	1月に1回
		運動器機能及び口腔機能向上 5,016円	502円	
		栄養改善及び口腔機能向上 5,016円	502円	
		(Ⅱ) 運動機能向上、栄養改善及び口 腔機能向上 7,315円	732円	
	事業所評価加算 (単位数 120)	1,254円	126円	1月に1回
	若年性認知症利用者受入加算 (単位数 240)	2,508円	251円	1月に1回
	生活機能向上連携加算Ⅰ (単位数 100)	1,045円	105円	1月に1回
	生活機能向上連携加算Ⅱ (単位数 200)	2,090円	209円	1月に1回
	生活機能向上連携加算Ⅱ (単位数 100) 運動器機能向上加算を算定している場合	2,090円	209円	1月に1回
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ) 所定単位数の9.2%加算 (Ⅱ) 所定単位数の9.0%加算 (Ⅲ) 所定単位数の8.0%加算	左記 の1 割	基本サービス費に各種加算 減算を加えた総単位数(所定 単位数)

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び介護予防型通所サービス従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月（又は翌翌月）の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。

※ 介護職員等処遇改善加算は、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の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

※ 利用料を変更する際、利用者に説明同意を受けます。特に介護保険適用部分について変更できない場合は、利用者から解約できます。また保険適用外部分について1か月以上前に文書で連絡します。

◎ 1単位＝10.45円で計算しています。

#### 4 その他の費用について

① 食事の提供に要する費用	昼食代 750 円（1食当り 食材料費及び調理コスト。） おやつ代 150 円（1回あたり。） 運営規程の定めに基づくもの
② おむつ代	100 円（1枚当り）運営規程の定めに基づくもの
③ 日常生活費	10 円（複写物） 各 100 円（連絡帳、連絡袋） 実費料金（サークル活動の材料費などに要する費用）

#### 5 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>ア 利用料、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。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてお届け（郵送）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い方法等	<p>ア 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、請求月の 26 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>（ア）事業者指定口座への振り込み （イ）利用者指定口座からの自動振替 （ウ）現金支払い （指定振込口座） 尼崎信用金庫 多田支店 普通 4081399 株式会社ユーフォリア 代表取締役 西山盛正</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となる場合があります。）</p>

※ 利用料、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支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3月以上遅延し、さらに支払いの督促から1か月以内に支払いが無い場合には、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。

#### 6 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、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）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) 利用者が要支援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、介護予防支援等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、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援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) 利用者に係る介護予防支援事業者等が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」等に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防型通所サービス計画」を作成します。なお、作成した「介護予防型通所サービス計画」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します
- (4) サービス提供は「介護予防型通所サービス計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防型通所サービス計画」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) 介護予防型通所サービス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が、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ないます。

## 7 虐待の防止について

事業者は、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。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	代表取締役	西山 盛正
-------------	-------	-------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 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。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族、親族、同居人等）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、速やかにこれは市町に通報します。

## 8 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。

- (1) 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ます。
- (2) 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ます。



- (3) 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。

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

事業者は、ご高齢の利用者様の身体や生活を支援するサービスをおこなっていることから、本人、家族のいろいろな個人情報を教えていただき、また知り得る立場にあります。

事業者といたしましては、そうした立場にある重責を改めて認識し、適切な個人情報の管理に取り組んで参ります。

### 用語の定義

「利用者様」とは、事業者サービスの利用者、家族、その他親戚、友人、代理人などの関係者をいいます。

「サービス」とは、利用契約に基づいて、事業者が提供するサービスをいいます。

「個人情報」とは、以下の情報をいいます。（以下、「情報」と略します。）

- ① 利用者様から直接ご提供いただく、名前、住所、生年月日、電話番号、生活状況等
- ② 事業者と利用者様の間での相談の内容、サービス提供のために利用者様からお伺いする内容
- ③ 利用者様の個人情報を基に事業者が作成する情報、もしくはサービスを提供していく過程で事業者が知る、利用者様に関する各種の情報

例：ケアプラン（居宅サービス計画）、サービス提供の記録など

## 10 緊急時の対応方法について

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、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

緊急連絡先

医療機関名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

緊急連絡先

家族氏名 \_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_  
家族氏名 \_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

## 11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する介護予防型通所サービスの提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者等（地域包括支援センターより介護予防支援等の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する介護予防型通所サービス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。

### 【市町（保険者）窓口】

川西市 福祉部 介護保険課 適正化

所在地：兵庫県川西市中央町12番1号

TEL 072-740-1149

FAX 072-740-2003

受付時間：9：00～17：00（月～金）

（但し、祝日、12月29日から1月3日までを除く。）

### 【居宅介護支援事業所】

事業所名 \_\_\_\_\_ 担当介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

受付時間： \_\_\_\_\_

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	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	介護予防型通所サービスに関わる利用者の経済損失等

## 12 心身の状況の把握

指定介護予防型通所サービスの提供に当たっては、介護予防支援事業者等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。

## 13 介護予防支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防型通所サービスの提供に当たり、介護予防支援事業者等及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この介護予防サービス計画に基づき作成する「介護予防型通所サービス計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者等に速やかに送付します。
- ③ 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またはその写しを、利用者の同意を得た上で速やかに介護予防支援事業者

等に送付します。

#### 14 サービス提供の記録

- ① 指定介護予防型通所サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、サービス提供完了の日から5年間保存します。
- ② 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。

#### 15 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火責任者）職・氏名：（ 管理者 西山 道代 ）

- ② 非常災害に備えて、業務継続計画（BCP）に基づいて、新型コロナウイルス感染症等の影響及び、風水害、地震等の自然災害に対処するための計画を作成し、業務の中断を予防し早期に業務再開が可能となる様に、災害本部等の責任者を定め、計画から研修、演習を重ね、業務継続計画の改善を重ねるものとする。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回 2 月 ・ 8 月）

#### 16 衛生管理等

- ① 指定介護予防型通所サービスの用に供する施設、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 指定介護予防型通所サービス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。

#### 17 指定介護予防型通所サービスのサービス内容の見積もりについて

- このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防サービス計画等に沿って、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) 提供予定の指定介護予防型通所サービスの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	提供時間帯	サービス内容						介護保険適用の有無	利用料 (月額)	利用者負担額 (月額)
			栄養改善	口腔機能向上	送迎	食事提供	入浴			
						保険適用外		○	円	円

(2) その他の費用

① 食事の提供に要する費用	重要事項説明書 4-①記載のとおりです。
② おむつ代	重要事項説明書 4-②記載のとおりです。
③ 日常生活費	重要事項説明書 4-③記載のとおりです。

(3) 1 か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ 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。

※ 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。

18 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

- ア 提供した指定介護予防型通所サービスに係る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）
- イ 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は以下のとおりとします。
- ・ 苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
  - ・ 管理者は、生活相談員、介護職員、機能訓練指導員に事実関係の確認を行う。
  - ・ 相談担当者は、把握した状態をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。
  - ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容も、その旨を翌日までには連絡する。）

(2) 苦情申立の窓口

<b>【事業者の窓口】</b> 苦情受付担当者：吉川 太郎 （管理者） 苦情解決責任者：西山 盛正 （株式会社ユーフォリア代表取締役）	所在地 兵庫県川西市向陽台 1 丁目 6-39 TEL 072-792-5510 FAX 072-792-5513 受付時間 8：30～17：30（月～日） （但し、12/30～1/3 を除く。）
---	---

<b>【市町（保険者）の窓口】</b> 川西市 介護保険課 適正化担当	所 在 地 兵庫県川西市中央町 12 番 1 号 TEL 072-740-1149 FAX 072-740-2003 受付時間 9:00～17:00（月～金） （但し、祝日、12/29～1/3 までを除く。）
<b>【公的団体の窓口】</b> 兵庫県国民健康保険団体連合会	所 在 地 兵庫県神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 号 TEL 078-332-5617 FAX 078-332-5650 受付時間 8:45～17:15（月～金） （但し、祝日、12/29～1/3 までを除く。）

#### 19 重要事項説明書の内容の変更について

この重要事項説明書に変更が生じた場合は、変更箇所を明示した上で、文書の交付または、郵送等により利用者に通知をし、文書による同意を得るものとします。

#### 20 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、川西市介護予防、日常生活支援総合事業実施要綱の規定に基づき、利用

者に説明を行いました。

事業者	所在地	兵庫県川西市向陽台 1 丁目 6 - 3 9
	法人名	株式会社 ユーフォリア
	代表者名	西山 盛正
	事業所名	デイサービス胡蝶の夢
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	