

湯野デイサービス愛 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(福 山 市 指 定 3 4 7 1 5 0 9 0 9 5)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスをご提供します。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します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方々が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

目次

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 事業所が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受付について
7. 事故発生時の対応
8. 緊急時の対応
9. 主治医
10. 協力医
11. 個人情報使用同意書

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 名称 | 社会福祉法人宏正会 |
| (2) 所在地 | 広島県福山市神辺町字湯野1004-2 |
| (3) 電話番号 | 084-965-6780 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 岡崎正典 |
| (5) 設立年月日 | 平成30年4月1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|---------------------------|
| (1)事業所の種類 | 指定通所介護事業所 |
| (2)事業所の名称 | 湯野デイサービス愛 |
| (3)事業所の所在地 | 広島県福山市神辺町字湯野1004-2 |
| (4)電話番号 | 084-965-6782 |
| (5)事業所長(管理者) | 高花 晃一 (たかはな こういち) |
| (6)開設年月日 | 平成30年4月1日 |
| (7)利用定員 | 35人
(介護予防・生活支援サービスを含む) |

3. 事業実施地域及び営業時間

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| (1)通常の事業の実施地域 | 福山市 |
| (2)営業日及び営業時間) | |
| 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| (ただし、8月13日～8月15日の間及び、12月31日から1月3日までは | |
| 休み) | |
| 営業時間 | 8:30～17:00 |
| 提供時間 | 9:00～16:15 |

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

【職種】

- | | |
|-------------|--------------------|
| (1) 管理者 | 1名（常勤） |
| (2) 生活相談員 | 1名以上配置 |
| (3) 看護職員 | 1名以上配置 |
| (4) 介護職員 | 時間数換算 36.25 時間以上配置 |
| (5) 機能訓練指導員 | 1名以上配置 |

5. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについては、次の2種類があります。

- (1) 介護保険の給付対象となるサービス
- (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

別紙の料金表のとおりです。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割もしくは8割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 介護

別途の料金表により、ご契約者の要介護度に応じたサービス料金から、介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。当事業所をご利用いただく基本料金です。

介護度、ご利用時間により利用料金は異なります。

② 入浴

入浴又は清拭を行います。

③ 排泄

ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎サービス

ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
但し通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、所定の送迎費用をご負担いただきます。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担になります。

<サービスの概要と利用料金(1回あたり)>

① 食事のご提供(食費)

当事業所では併設の厨房部門より食事を用意させていただきます。

(食事時間) 12:00~13:00

1食 480円

② おむつ代(はくパンツ・パンパースタイプ)・尿とりパット 実費

※料金変更の場合は事業所内に掲示します。

③通常の実施地域外からのご利用の場合は、実施地域を越えた地点から1キロメートル当たり20円を頂きます。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、月末締めで請求書を翌月11日頃に発行しますので、20日までにお支払いください。

(4)利用の中止、変更、追加(契約書第5、6、7条参照)

・利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービス実施日の7:30までに事業所にご連絡ください。

・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口(担当者)

〔職名〕 管理者 高花 晃一(たかはな こういち)

○ 受付時間 8:30~16:30

○ 電話番号 084-965-6782

(2) 行政機関その他苦情受付機関

福山市役所介護保険課 福山市東桜町3番5号

084-928-1166 8:30~17:15

国民健康保険団体連合会 広島市中区東白島町19番49号

082-554-0783 9:00~17:15

7. 事故発生時の対応

(1) サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市長等に連絡をおこなうとともに必要な措置を行います。

(2) 事故の状況及び事故に際して採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策を講じます。

(3) 損害を賠償します。(株式会社損害保険ジャパンの介護事業者向け賠償責任保険に加入しています)

8. 緊急時の対応

通所介護の提供を行っているとき利用者の病状の急変が生じた場合には、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医に連絡するなどの必要な措置を講じます。

9. 主治医

主治医

.....

住所

.....

電話番号

.....

10. 協力医

セントラル病院

福山市住吉町7-3

084-924-4141

以上指定通所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

湯野デイサービス愛

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、指定通所介護の提供開始に同意しました。

氏 名 _____ 印

利用者住所 _____

代理署名 _____ 印 続柄 _____

代理者住所 _____

1 1 ・ 個人情報に関する同意書

<個人情報保護の趣旨>

当事業所は、利用者様及びそのご家族様に関して業務上知り得た個人情報を、サービス提供上必要性がある、もしくは居宅介護支援事業者との連携を図るなどの正当な理由がある場合に、その情報を用いること、又は収集することができるものとします。この場合、事業者はこれらの個人情報について厳重かつ適切に保護するものとし、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

<個人情報利用範囲>

利用者様及びそのご家族様の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- サービス担当者会議等、サービス利用にかかわる管理運営のため
- 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ご家族及び後見人様などへの報告のため
- 当社サービスの、維持・改善にかかる資料のため
- 当社の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する
- 個別機能訓練加算算定の際、ご自宅の環境を確認させて頂く場合

<肖像権について>

当社の、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。写真等の使用につきまして以下のいずれかには「○」をご記入下さい。

(使用しても良い ・ 使用しないでほしい)

上記、個人情報の取扱いに関して説明を受け、内容を理解したうえで同意します。

令和_____年_____月_____日

【ご利用者様】 住 所 _____

氏名 _____ 印

【ご家族代表者】 住所 _____

氏名 _____