

重要事項説明書(通所介護サービス)

1)事業者の概要

事業者の名称 社会福祉法人 友愛の里
代表者氏名 理事長 橋本 賢二郎
法人所在地 大阪府阪南市箱作 807 番地の 1
電話番号 072-481-3866 FAX072-481-3867

2) サービス提供を担当する事業所

介護保険法令に基づき大阪府知事から指定を受けている事業所名称
指定通所介護通常規模型 「老人デイサービスセンター友愛の里箱作」
介護保険指定事業者番号
大阪府指定 番号 277950491
事業所所在地 大阪府阪南市箱作 807 番地の 1 指定年月日 H15 年 6 月 1 日
電話番号 072-481-3866 F A X072-481-3867
相談担当者 武輪 和美 管理者 辻埜 隆司
事業所の通常の事業実施地域 阪南市 泉南市 岬町

3) 事業の目的と運営方針

事業の目的 利用者の在宅生活の支援・社会的孤独感の解消・心身機能の維持向上に加え、介護家族の身体的・精神的な負担の軽減を目的とする。

運営方針

- 1、この事業が実施する事業は、利用者が要介護状態となった場合に入浴、個別機能訓練、食事サービスを実施し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配慮するものとする。
- 2、事業にあたっては必要などきに必要な通所介護が提供できるよう努めるものとする。
- 3、事業にあたっては利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、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る。

4) 通所介護の内容

項目	内容・方法など
通所介護サービス計画の作成	通所介護の目的を達成するための具体的なサービス内容を計画します。
通所介護サービス計画に添ったサービスの提供	懇切丁寧に行うことを旨とし、常に利用者の病状及び心身の状況等の把握に努めながら、計画されたサービスを提供します。
記録	サービス計画に従ったサービスの状況及び評価をケース記録に記録します。
利用者または家族への説明及び指導	通所介護サービス計画の目標及び内容、その実施状況や評価について説明します。
居宅サービス計画等の変更の援助	居宅ササービスの実施状況を居宅支援事業者に報告する等、連絡サービスの調整に努めます。

5) 非常災害対策

消火器、消火栓等の消火設備及び避難設備、非常ベル等の警報設備を設けている。

6) 事業所の職員体制

職種	職員数	勤務形態	勤務時間
生活相談員	1名	常1名	8:30~16:30
看護師	1名	非兼1名(機能訓練指導員と兼務)	9:00~17:30
介護職員	8名	常1名 非常7名	8:30~17:30 9:00~16:30
機能訓練指導員	1名	非兼1名(看護師と兼務)	9:00~17:30
管理者	1名	常1名	8:30~17:30

7) 営業時間

曜日 月・火・木・金・土・祝

営業時間 午前9時から午後4時30分まで

*12月30日~1月3日まで休ませていただきます (基本的に)

8) 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行う通所介護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・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った通所介護サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

9) サービスの概要及び単位数

通所介護サービスの場合（単位数）

所要時間	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3 時間以上 5 時間未満／回	400	457	514	571	628
5 時間以上 7 時間未満／回	602	708	814	920	1026
7 時間以上 9 時間未満／回	690	811	937	1063	1188
入浴介助加算／回	50				
若年性認知症利用者受入加算／日	60				

単位数×10.14 の 1 割と単位数×0.015×10.14 の 1 割（介護職員処遇改善加算Ⅲ算定のため）の合計が利用者負担になります。

別途、食事の提供に要する費用（昼食・おやつ代）として 500 円/日いただきます。

娯楽教養費として 200 円/月いただきます。

ご使用になられた場合カミソリ代 80 円、紙パンツ代 100 円いただきます。

（料金の支払方法）

当事業所の料金支払方法は、毎月末にメ月初に請求書をお渡し致しますので、お渡した月の末日迄に事務所にてお支払をお願いいたします。

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

事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約を終了した後も継続します。

個人情報の保護について

事業者は、予め書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。また、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で利用者の家族の情報を用いません。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。

11) 苦情申立窓口

事業所の窓口

所在地 大阪府阪南市箱作 807 番地の 1
老人デイサービスセンター友愛の里
担当者 武輪 和美
受付番号 営業時間内
電話番号 072-481-3866

阪南市役所福祉保険部介護保険課（阪南市尾崎町 35-1）

受付時間 平日 午前 8 時 45 分～午後 5 時 15 分 電話番号 072-471-5678

泉南市役所健康福祉部高齢障害介護課（泉南市樽井 1-1-1）

受付時間 平日 午前 9 時～午後 5 時 30 分 電話番号 072-483-0001

岬町役場福祉部健康福祉課高齢福祉係（泉南郡岬町深日 2000）

受付時間 平日 午前 9 時～午後 5 時 30 分 電話番号 072-492-2001

○大阪府国民健康保険団体連合会（大阪市中央区常磐町 1-3-8 中央大通り FN ビル内）

受付時間 平日 午前 9 時～午後 5 時 電話番号 06-6469-5418

（苦情処理の体制及び手順）

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に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い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者と供に検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。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供に、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

12) 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者の人権擁護・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研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

13) 重要事項の説明年月日について

重要事項の説明年月日 平成 年 月 日

上記内容について「平成 11 年厚生省令第 37 号」第 8 条に基づき説明を行いました。

事業所名 老人デイサービスセンター友愛の里箱作

説明担当者 _____ 印

上記内容について説明を事業所より確かに受けました。

利用者本人住所 _____

利用者本人氏名 _____ 印

利用者代理人住所 _____

利用者代理人氏名 _____ 印

緊急時
連絡先 _____

(緊急時にはご家族様にご連絡をとり、必要時には病院へ搬送致します)

かかりつけ病院・医師 _____ 電話番号 _____

- 附則 この重要事項説明書は 15 年 6 月 1 日より施行する。
この重要事項説明書は 17 年 4 月 1 日より施行する。
この重要事項説明書は 17 年 10 月 1 日より施行する。
この重要事項説明書は 18 年 4 月 1 日より施行する。
この重要事項説明書は 19 年 9 月 1 日より施行する。
この重要事項説明書は 20 年 2 月 1 日より施行する。
この重要事項説明書は 21 年 4 月 1 日より施行する。
この重要事項説明書は 24 年 4 月 1 日より施行する。

個人情報の使用にかかわる同意書（老人デイサービスセンター友愛の里箱作）

使用目的

- ・ 介護サービスの提供
- ・ 利用者の通所介護計画書（介護予防通所計画書）を立案し、円滑にサービスが提供される為のサービス担当者会議での情報提供
- ・ 介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整等
- ・ 他の居宅サービス事業者からの照会、居宅介護支援事業者からの照会
- ・ その他サービス提供に関して必要性がある時
- ・ 行政機関が行うサービス担当者会議等
- ・ 行政機関への相談又は届出等
- ・ 医療機関、主治医との連携
- ・ 介護保険請求の為の事務関係
- ・ 賠償責任保険等にかかわる保険会社等への相談や届出等

使用にあたっての条件

- ・ 必要最小限とし提供にあたっては関係者以外に漏れることがないように注意致します
- ・ 個人情報を使用した場合は、その内容を提供した相手について記録しておきます。又要望あれば開示します
- ・ 情報提供について同意しがたい事項がある場合はその旨を申し出てください
申し出が無い場合は同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。ただし後から変更される事は可能です

個人情報を使用する事業所（契約者）

所在地 阪南市箱作 807-1

名称 社会福祉法人 友愛の里

老人デイサービスセンター友愛の里箱作

電話 072-481-3866

私（利用者）及び家族にかかわる個人情報の保護について上記内容の説明を受けこれに同意致しました。

契約年月日 平成 年 月 日

利用者 住所

氏名 _____ (印)

家族 住所

氏名 _____ (印)

代理人（関係 _____ ）

住所

氏名 _____ (印)