

## 重要事項説明書 [指定通所介護]

### 1 事業の概要

#### ① 事業所の名称等

法人名	株式会社ノーススワン
法人所在地	熊本県人吉市下林町 1 1 5 番地 2
事業所名	デイサービス 凜 (りん)
事業所所在地	熊本県人吉市下青井町 8 1 番地 1
指定番号	4 3 7 0 3 0 1 3 3 7
連絡先	T E L 0966-32-9300 F A X 0966-32-9301
営業日	月曜日から土曜日（祝日も営業） <b>但し、1/1～1/3 休業</b>
サービス提供時間	午前 9 時 3 0 分から午後 4 時 0 0 分
利用定員	月曜日～土曜日 2 0 人
サービス提供地域	人吉市
苦情受付窓口	デイサービス 凜 0 9 6 6 - 3 2 - 9 3 0 0

#### ② 職員体制

役職		資格等	備考
管理者	1 人	介護福祉士・介護支援専門員	兼務（訪問介護 管理者）
生活相談員	2 人	介護福祉士	兼務（介護職員）
看護職員	1 人	看護師	
機能訓練士	2 人	看護師・理学療法士（水土）	外山胃腸 Hp（理学療法士）
介護職員	5 人	介護福祉士・初任者研修	入浴介助専門 1 人
調理師	2 人	食品衛生管理士・調理士	兼務（介護職員）

### ③サービスの実施地域

事業所の実施地域は原則として人吉市全域とします。

## 2 サービスの目的及び運営方針

### ①サービスの目的

株式会社ノーススワンが開設する〔通所介護〕事業所が行う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事業所の通所介護従業者が要介護状態等にある高齢者に対し適正な通所介護を提供することを目的とする。

### ②サービスの運営方針

事業所の従業者は要介護者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活が営む事が出来る様に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

事業の実施にあたっては関係市町村・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・地域の保健・医療・福祉サービス事業所等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

## 3 主となるサービスの内容

### ①生活指導

利用者が日常生活において快適で生きがいのある生活を営めるよう指導すること。

### ②日常動作訓練

利用者に対し家庭での日常生活に必要な基礎的動作訓練及び機能低下防止の為に訓練を行うこと。

### ③介護支援

利用者の日常生活を満たすための世話をを行うこと。

#### ① 健康チェック

利用者の健康状態を管理すること。

#### ② 送迎

利用者の送迎を行うこと。

#### ③ 入浴サービス

家庭において入浴することが困難な利用者に対し入浴サービスを行うこと。

#### ④ 給食サービス

利用者に給食を提供すること。

## 4 サービス利用にあたっての留意点

① 利用者はサービスの利用にあたっては担当職員の指示に従うこと。

② 担当職員に従わない等、事業所の秩序を乱した場合は利用を断ることがあること。

③サービスの利用にあたり、指定の物品について持参すること。

④サービスの利用に先立ち当日の健康状態等について担当職員へ報告すること。

⑤サービスの利用者に先立ち行う健康チェックの結果によりサービスの提供を見合わせることもあること。

⑥ 持参した物品については、氏名の記載を行い紛失しないよう注意すること。

## 5 利用料金について

介護報酬告示上の額によるものとし、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた額を現金徴収及び銀行の口座自動引落としにて支払いを受けるものとします。

事業所は利用料の支払いを受ける額のほか次の各項に掲げる費用の額の支払いを利用者から受け取ります。

① 利用者の希望により通常の利用時間を超えてサービスを提供する際、7 時間を超える部分の費用については、30 分 300 円とします。

② 昼食代は 660 円、おやつ代 140 円（飲み物含む）とします。オムツ代は実費としますが持ち込みも可ですので、必要な場合はご持参して下さい。

③ 通常の事業実施地域以外から利用者の要請があったときは、指定通所介護支援を行う場合に要した交通費について、利用者の同意を得てから実費の支払いを利用者から受ける事が出来る。なお、車を使用した場合の実費の額は、通常の実施地域を超えてから、片道 1km あたり 30 円とする。

対象（大塚・田野・鹿目・上原田・古仏頂・大野・矢岳）

人吉市以外の町村についても、上記金額の請求となります。

④ 前各号に掲げるもののほか、〔通所介護〕の提供において提供される便宜のうち、日常生活においてでも通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用は実費とします。

⑤ 利用料等の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して、事前に文書で説明をし、支払いに同意する旨の文書（記名・押印）を受ける事とします。また、金額の変更を行う場合も同様の取り扱いとします。

## 6 キャンセル

利用者は、事業所に対して、サービス提供の 24 時間前までに通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。利用者が事業所に対して、サービス実施日の前日までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、事業所は利用者に対して **キャンセル料として 1.000 円** を頂きます。

但し緊急の場合は除きます。（熱発・体調不良等）

キャンセル連絡先電話番号	0966-32-9300
--------------	--------------

## 7 お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、翌月の **26 日** までにお支払い頂き、お支払い方法は原則として **口座引き落とし** とさせていただきます。

## 8 サービスの利用方法

### ① サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。詳細について担当職員がお伺いし説明を  
させて頂き契約を結びサービスの提供を開始します。

### ② サービスの終了

サービスを終了する場合は、サービスの終了を希望される1週間前までにお申し  
出下さい。

## 9 サービスの相談窓口及び苦情、事故受付窓口

サービスのご利用に関わる相談、苦情、要望の受付、及び事故発生等の受付窓口は  
下記の通りとする。

### サービス事業所

事業所名	デイサービス 凜
電話番号	0966-32-9300
営業日	月曜日から土曜日
対応時間	営業日の午前8時30分から午後5時30分
担当者	北村 千鶴

### その他の相談・苦情受付窓口

人吉市役所（高齢者福祉課）	0966-22-2111
球磨村役場 保健福祉課	0966-32-1112

国民健康保険団体連合会（苦情相談窓口）                      096-214-1101

## 10 事故発生時の対応

居宅介護事業者等賠償責任保険に加入し、業務中の事故発生時には迅速に対応しま  
す。

## 1 1 緊急時の連絡先

利用者の緊急時の連絡先・主治医の連絡先は、予め担当者により確認させていただきます。容態の急変等があった場合は、次に記載された連絡先に連絡します。

連絡先	連絡順位	氏名	電話番号	備考
	第1	様		続柄（ ）
	第2	様		続柄（ ）
	主治医	Dr		病院名

## 1 2 地域との連携など

- ① 当事業所は、その運営にあたっては、地域住民またはその自発的な活動等との連携及び協力を行う等、地域との交流に努める。

## 1 3 虐待防止

サービス提供中に、当該事業所従業者または、養護者による虐待を受けたと思われる場合には、円滑かつ迅速に居宅介護支援事業所（介護支援専門員）や地域包括支援センター、区市町村等に連絡・相談を行うとともに必要な措置を行います。また事業者は、利用者の人権の擁護・虐待防止等の為に、下記の対策を講じます。

- 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：デイサービス 凜 管理者 北村 千鶴

- 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ます。

## 1 4 身体拘束の禁止

当該事業所従業者は、利用者または、他の利用者等の生命または身体を保護するため、下記のようなやむを得ない場合を省き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。なお、緊急やむを得ず身体的拘束を実施する場合は、利用者やその家族に拘束の時間・期間等について説明し、文章による

同意を得ることとします。(緊急やむを得ない場合)

- ・利用者本人または他の利用者等の生命または身体が、危険にさらされる可能性が著しく高い場合。
- ・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法が無い場合。
- ・身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合。

## 1 5 非常災害対策 (BCP 業務改善計画による)

- ・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組みを行います。
- ・非常災害に関する具体的計画を立て、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、救出その他必要な訓練を行います。(年1回以上)

## 1 6 秘密保持・個人情報

利用者に対する居宅サービスの提供にあたって知り得た利用者または、利用者の家族の秘密を退職後も含め漏らす事がないように必要な措置を講じます。利用者の個人情報を用いる場合は、予め書面により同意を得るものとし利用者及び家族の同意を得ない限り、利用者及び利用者の家族の個人情報は用いません。 契約にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者 デイサービス凜

管理者 氏 名 北村 千鶴 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※代筆される場合は、下記に記入して下さい

代筆者 住所 \_\_\_\_\_

続柄 ( ) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族 住所 \_\_\_\_\_

続柄 ( ) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業所が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。



# 個人情報使用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用目的

- ① 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議等において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- ③ 介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- ③現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はけが等で病院に行った時で、医師、看護師に説明をする場合。
- ④市役所介護保険課等に書類提出の場合。

### 2 個人情報を提供する事業所

①居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所

② 病院又は診療所

（体調を崩し、又はけが等で診察をする事となった場合）

③市役所

### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

### 4 使用にあたっての条件

- ①個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報提供にあたっては関係者以外には漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

②事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

以上

上記、個人情報の取り扱いについて同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

※代筆される場合は、下記に記入して下さい。

代筆者 住所 \_\_\_\_\_  
続柄 ( ) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族 住所 \_\_\_\_\_  
続柄 ( ) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

事業所 所在地 熊本県人吉市下青井町 81 番地 1  
名称 株式会社ノーススワン  
\_\_\_\_\_ デイサービス 凜 \_\_\_\_\_