

介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「介護予防サービス」といいます。）の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|---------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会福祉法人御前崎厚生会 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒437-1621 御前崎市御前崎35-37 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 澤入 利夫 |
| 設 立 年 月 日 | 昭和50年9月29日 |
| 電 話 番 号 | 0548-63-3729 |

2. 事業所の概要

| | | |
|-------------|--------------------------|----------------|
| 事業所の名称 | 灯光園デイサービスセンター | |
| 事業所の所在地 | 〒437-1621 御前崎市御前崎83-2 | |
| 電 話 番 号 | 0548-63-6002 | |
| F A X 番 号 | 0548-63-6019 | |
| 管 理 者 氏 名 | 高塚 祐美 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成30年4月1日指定 | 2275500060 |
| 実施単位・利用定員 | 1単位 | 定員40人（通所介護を含む） |
| 実 施 地 域 | 御前崎市 | |

3. 福祉サービス第三者評価事業

第三者評価の実施の有無：無し

4. 運営の方針

- 要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 提供するサービスの内容

- ・食事の提供
食事の提供及び必要な介助を行います。
- ・入浴（入浴者数に上限があります。ご希望に添えない場合があります。）
入浴サービスの提供及び必要な介助を行います。
- ・日常生活動作の機能訓練
利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。
- ・健康状態の確認
体調や血圧等の確認を行います。
- ・送迎
居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。
- ・日常生活における相談及び助言
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ・その他日常生活上の援助
利用者に必要な日常生活上の世話及び援助を行います。

6. 営業日時

| | |
|----------|---|
| 営業日 | 月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日まで）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前8時から午後5時30分まで |
| サービス提供時間 | 午前9時00分から午後4時00分まで ただし、ご家族の希望で提供時間の延長がある場合は、この限りではありません。なお、この場合、提供時間の延長は、最長で午後5時45分までとさせていただきます。（利用定員1日3名まで） |

7. 事業所の従業員の体制

（令和3年4月1日現在）

| 職種 | 員数 | 保有資格の内容 |
|---------|------|--------------------|
| 管理者 | 1人 | 介護福祉士 |
| 生活相談員 | 1人以上 | 社会福祉主事 |
| 看護職員 | 1人 | 看護師 |
| 介護職員 | 6人以上 | 介護福祉士・介護職員初任者研修修了者 |
| 機能訓練指導員 | 1人以上 | 准看護師 |

8. 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、負担割合証に記載された割合（1割、2割、3割）の額です。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

（1）介護予防サービスの利用料、その他の費用については別紙料金表参照

(2) キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の**前営業日 17時**までに事業所に申し出てください。**利用日の前営業日 17時**までに連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|-------------------------------------|---------------------|
| ご利用日の 前営業日 17時 までにご連絡がなかった場合 | 食費・おやつ代 650円 |

(3) 支払い方法

あなたが同事業所に支払う料金の支払い方法については、月ごとの清算とします。お支払方法は、銀行・郵便局の指定口座からの引き落とし、銀行振り込み、現金払いの中からご契約の際に選択できます。毎月、**15日前後**に前月分の利用料の請求をいたします。クリアケース内に入れてお届けしますので確認をお願いします。口座引き落としの場合は、27日に指定された口座より引き落とされます。現金払いのかたは、次回ご利用日にお支払ください。おつりのないようお願いします。

9. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- ・利用者の事情で時間に遅れた場合、送迎サービスが受けられない場合があります。

10. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ・事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業所等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いませぬ。

(1) 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

(2) 利用目的

- ①介護保険における介護認定の申請及び更新、変更の場合
- ②利用者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議(テレビ電話装置等の活用により開催することもあります)での情報提供の場合

- ③医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)、その他社会福祉団体等との連絡調整の場合
- ④利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- ⑤利用者の利用する介護事業所内の検討会議(カンファレンス)の場合
- ⑥行政の開催する評価会議、サービス担当者会議の場合
- ⑦その他のサービス提供で必要な場合
- ⑧上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

(3) 使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- ②個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示する。

1 1. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

| | | |
|----------------|---------------|------------------------------------|
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称 氏名 | |
| | 所在地 電話番号 | TEL () - |
| 緊急連絡先 (家族等) | 氏名 (利用者との続柄) | 連絡先 () - |
| | 氏名 (利用者との続柄) | 連絡先 () - |

1 2. 事故発生時の対応

通所介護等の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する通所介護等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。

1 3. 虐待防止と身体拘束の廃止

当事業所では、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、施設長を虐待防止に関する責任者とし、委員会の設置、指針の整備、研修及び虐待防止の活動等必要な措置を講じます。

当事業所では、身体拘束廃止の取り組みをしています。サービス提供にあたり、利用者の生命、又は身体を保護するため、緊急をやむを得ず身体拘束を行う場合があります。これについては、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」を作成し説明します。また、身体拘束を行う場合に必要な事項は、記録します。

1 4. 感染症の予防発生時の対応

当事業所では、感染症が発生し、又はまん延しないように、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

15. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

| | | |
|-----------|------------|-----------------|
| 事業所相談窓口 | 担当者名 富田 洋一 | 電話 0548-63-3729 |
| 苦情処理第三者委員 | 氏名 松井 勘司 | 電話 0548-63-3680 |
| | 氏名 八木 文子 | 電話 0548-63-3223 |

(2) その他苦情申立の窓口

| | | |
|--------|----------------|-----------------|
| 苦情受付機関 | 御前崎市高齢者支援課 | 電話 0537-85-1118 |
| | 牧之原市高齢者福祉課 | 電話 0548-23-0078 |
| | 静岡県国民健康保険団体連合会 | 電話 054-253-5590 |

16. 非常災害対策

| | |
|--------|--|
| 非常時の対応 | 非常火災通報装置により、中央防災を経て、金外職員に対し、通用、呼集 勤務職員により、利用者の避難、誘導、安全の確保 |
| 防災訓練等 | 消火通報又は避難誘導訓練を毎月1回実施 総合訓練は、年2回実施 |
| 防災設備 | 消火器、非常火災通用装置、自動火災報知設備 |
| 防災計画 | 消防署への届出：平成19年1月23日 消防計画：算定済み |

17. サービスの終了

次の場合にサービスは終了となります。

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の**7日前まで**に文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が**7日以内**の通知でもこの契約を解約することができます。

(2) 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、**30日前まで**に文書で通知します。

(3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
- ・利用者の要介護又は要支援状態区分が自立となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) その他

- ①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。
- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ・事業者が、守秘義務に反した場合
 - ・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ・事業者が、倒産した場合
- ②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。
- ③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。
- ・利用者の利用料等の支払いが2ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
 - ・利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

令和 年 月 日

事業所は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説明者 所在地 御前崎市御前崎83-2
事業所名 灯光園デイサービスセンター
職・氏名 管理者 高塚 祐美 印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、サービス提供開始に同意します。
また、個人情報について、サービス担当者会議(テレビ電話装置等の活用によるサービス担当者会議の開催を含む)等で提供し共有すること、必要最小限の範囲内で使用、提供ならびに収集することに同意します。

利用者 住所
氏名 印

代理人
住所
氏名 印
本人との続柄

ご利用者に関する問い合わせの対応方法について

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、ご利用者様に関する問い合わせ等への対応方法は、原則として以下のようにいたします。

法の趣旨を御理解いただき、ご家族の方にご確認いただきたくお願い申し上げます。

下記のうち、希望する対応に○をつけてください。

【1】ご利用者様自身に関する対応について

1. 利用者様に関する問い合わせに電話に対して
答えて良い () 答えてほしくない ()
2. 良い場合は、誰からの問い合わせなら良いですか？
兄弟 () 同居していない子・孫 () その他の親戚 () 友人 ()
3. また、どのような問い合わせに答えて良いですか？
利用日 () 利用者の様子 () 入院している場合の入院先の名称 ()

【2】ご利用者様への電話の取次ぎについて

事業所にご家族以外の方から利用者様宛に電話を取り次いで欲しいと依頼された場合

- 取り次いで良い () 取り次いで欲しくない ()

【3】御前崎厚生会や事業者が発行する機関紙について

1. 機関紙「みさき」デイサービス新聞「かけはし」等への氏名や顔写真の掲載について
掲載して良い みさき () かけはし ()
掲載して欲しくない みさき () かけはし ()
2. 新聞や雑誌、テレビなどの取材に関する氏名や顔写真等の掲載について
掲載して良い () 掲載してほしくない ()

【4】Instagramインスタグラムの写真掲載の希望調査について

1. Instagram への写真の掲載について
掲載しても良い () 掲載して欲しくない ()
2. 1に回答いただいた方でその他ご希望ありましたら記入をお願いします



()

※なお、ご本人のプライバシーに関すると思われるものや身体能力の状態等についてはいかなる場合においても、ご家族の許可なく対応することはありません。