

通所介護(通所型サービス)重要事項説明書

1. 提供するサービスについての相談窓口

電 話 048 (766) 4165 (代表) [午前8時30分 ～ 午後5時00分]

担 当 生活相談員

※ ご不明な点は、どんな事でもおたずねください。

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類

通所介護(通所介護相当)サービス、通所型サービスA及び付随サービス

(2) 事業所の名称及び所在地等

名 称	通所介護事業所 吾亦紅
所 在 地	埼玉県蓮田市大字閨戸1885番地
事 業 者 番 号	1175700077
サービス提供地域	蓮田市・伊奈町・白岡市

(3) 職員体制

通所介護(通所介護相当)サービス、通所型サービスA(勤務人数は、1人となります。)

職 種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	・従業者とサービス管理の全般を行います。 ・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。 ・職員に対する研修、技術指導を行います。	常 勤 1 人
生活相談員	・生活上の相談を行い、通所介護計画(通所型サービス計画)を作成し、利用者へ説明し、同意を得ます。 ・サービス担当者会議への出席等により居宅介護支援事業者と連携を図ります。 ・利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 ・介護職員、看護職員の業務の実施状況を把握します。	常 勤 4 人
介護職員	・通所介護計画(通所型サービス計画)に基づき、介助及び援助、通所介護のサービスを提供します。	常 勤 1 人 非常勤 15 人
看護職員	・通所介護計画(通所型サービス計画)に基づき、健康管理業務、通所介護のサービスを提供します。	常 勤 1 人 非常勤 4 人
機能訓練指導員	・通所介護計画(通所型サービス計画)、個別機能訓練計画(運動器機能向上訓練計画)に基づき、機能減退の防止訓練を提供します。	常 勤 1 人 非常勤 10 人

(4) 事業所の設備

定員(通所介護サービス及び通所介護相当サービス 40 名、通所型サービスA 15 名)

設備の種類	室数及び台数	備 考
静養室	1 室	ベッド 4 台、ソファ 2 台
機能訓練室	1 室	平行棒、エアロバイク 2 台
浴室	2 室	一般浴室、機械浴室
相談室	1 室	
送迎車両	7 台	リフト車両 4 台、ワゴン車 1 台、乗用車 2 台

(5) 営業日と営業時間及びサービス提供時間

営業日と営業時間…月曜日～日曜日(ただし 12 月 31 日から 1 月 3 日を除く)

午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分

サービス提供時間…午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分

3. サービス内容

通所介護(通所型サービス)計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。

4. 費用

(1) 利用料金

契約書【別紙 1】のとおり。介護保険法、介護給付費等改定の場合、変更をする場合がございます。

(2) お支払い方法

ゆうちょ銀行から、毎月 20 日(但し、休日の場合は翌営業日)に引き落としとなります。再引き落としは、毎月 25 日となります。ご利用料金は、通所介護(通所型サービス)の利用月ごとにご請求いたしますので、引き落とし日までにご入金ください。引き落とし手数料はかかりません。

領収書は、翌月の請求書と共に、お渡しいたします。

5. ご利用方法について

(1) サービスの開始

居宅サービス(介護予防サービス)計画の作成を介護支援専門員に依頼している場合は、事前にご相談ください。まずはお電話等でお申込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

通所介護(通所型サービス)計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

なお、当事業所は、福祉施設のため、医療行為は行っておりません。予めご了承ください。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者の都合で契約を終了する場合

サービス終了を希望する日の 7 日前までに書面にてお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

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、終了 30 日前までに書面にて通知いたします。

③以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用者が施設等に入所した場合 …入所日の翌日
- ・ 利用者の介護度認定が、非該当(自立)と認定された場合 …非該当となった日
- ・ 利用者が死亡した場合 …死亡日の翌日

④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者及びそのご家族等に対して社会通念を逸脱した行為を行った場合、または当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することにより即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者がサービス利用料金の支払いを 30 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15 日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院または病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族等が当事業所の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6. 緊急時の対応

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡いたします。

主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	住所	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名	
	住所	
	電話番号	

7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

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:損害保険ジャパン日本興亜株式会社	保 険 名:損害賠償保険
-----------------------	--------------

8. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①相談・苦情の受付…相談・苦情受付窓口を通して利用者から相談・苦情を受け付けた時は、相談・苦情の内容を正確に把握します。他の機関からサービス改善の要請等を受け付けた時も同様に取り扱います。

②事実関係及び問題点の把握…サービス提供時の状況を調査して、苦情・相談の原因を把握します。

③調査結果の報告…事業者は相談・苦情を申し立てた利用者に事実関係の調査内容を報告します。

④対応方法の検討…利用者が調査内容に納得できない場合は、相談・苦情を解決するために、サービス改善のための対応と職員への対応を検討します。ケアマネジャーへプラン等の内容の再検討、修正を要請します。

⑤対応方法の説明及び実施…サービスを改善するための対応方法について利用者に説明し同意を得られた場合には、改善内容に従ってサービス提供を行い、サービスの質の向上に役立てます。

(2)苦情相談窓口

担当者等

・苦情解決責任者 吉野 淳一

・苦情受付担当者 今井 武人

相談・苦情窓口 TEL 048 (766) 4165(代表) FAX 048 (766) 5700

受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分

蓮田市役所長寿支援課

電話 048-768-3111(代)

伊奈町役場福祉課

電話 048-721-2111(代)

白岡市役所高齢介護課

電話 0480-92-1111(代)

埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談専用

電話 048-824-2568

第 三 者 委 員 長島 昇

電話 048-768-8802

9.福祉サービス第三者評価の実施状況実施の有無 有 ☐ 無 ☒

10.サービスの利用にあたっての留意事項

①持ち物や衣類には必ず記名をお願いいたします。紛失や取り間違い等を防ぐためご協力ください。

②金銭や貴重品のご持参は、ご遠慮願います。紛失やトラブル防止のため、ご持参を禁止とさせていただきますので、ご理解をお願いいたします。

③食べ物はお持ちにならないようお願いいたします。デイサービスご利用の方には食事制限の方もいらっしゃるため、お菓子などのお裾分けはご遠慮願います。また、食中毒などを未然に防止するため、ご理解をお願いいたします。

④お心遣いは、ご遠慮させていただいておりますので、予めご了承ください。

⑤ご利用毎のサービス内容を連絡帳にて記載させていただきますのでご確認をお願いいたします。また、記載内容にご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

⑥ご利用中、具合が悪くなられた場合、ご利用を途中で中止させていただくことがございます。また、緊急時の場合は、病院へ搬送させていただくこともございます。その際、ご家族にご連絡をいたしますので、その後の付き添いをお願いいたします。

⑦お休みの連絡は当日の午前 8 時 00 分までにお願いいたします。

⑧ご連絡先やかかりつけ医、お薬の処方等が変更になりましたら、お知らせください。

⑨送迎時間については、初回はお電話で、以降はご利用毎に書面にてお知らせいたします。当日、送迎時間になりましたら、ご準備をしてお待ちください。なお、交通事情やその他の事情により到着が前後することがありますのでご了承ください。

⑩お客様のご都合や体調不良により、早退やお食事のキャンセル等があった場合でも、通常のご請求をさせていただく場合がございます。予めご了承ください。

通所介護(通所型サービス)の提供開始にあたり、下記ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

埼玉県蓮田市大字閏戸 1885 番地
社会福祉法人 吉祥福寿会
通所介護事業所 吾亦紅

説明者 _____ (印)

私は、事業者から通所介護(通所型サービス)についての重要事項を、通所介護(通所型サービス)利用契約書及び本書面により説明を受け、同意いたしました。

令和 年 月 日

<ご契約者>

<住 所> _____

<氏 名> _____ (印)

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<代理人>

<住 所> _____

<氏 名> _____ (印)

個人情報使用同意書

私(利用者)、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとお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 使用する目的

- (1) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設ご利用に伴う必要最小限度の情報の提供
- (3) 介護実習、研修事業における実習生、研修生への情報提供

2 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3 使用する期間

契約で定める期間

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

社会福祉法人 吉祥福寿会 御中

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名 _____ (印)

<家族の代表>

住 所

氏 名 _____ (印)

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住 所

氏 名 _____

