

デイサービスセンターリハビリいっぽ 重要事項説明書

当施設に於ける通所介護サービス提供にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、ご利用者様へご説明させていただきます。

1. 法人・事業所概要

(1) 法人

【法人名】 株式会社夢工房
【法人の所在地】 一宮市相生1丁目6番20号
【法人の種別】 株式会社
【代表者】 日野 和人
【電話番号】 TEL:0586-26-2224 FAX:0586-26-2238

(2) 事業所

【事業所名称】 デイサービスセンターリハビリいっぽ
【サービス種類】 通所介護、介護予防通所介護相当サービス
【指定事業所番号】 2372204202
【事業所の所在地】 一宮市萩原町串作字天井46番地
【電話番号】 TEL:0586-85-9539 FAX:0586-85-9532

2. 事業の目的と運営方針

目的：株式会社夢工房が開設する、デイサービスセンターリハビリいっぽが行う指定通所介護の事業の適切な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員及び介護職員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な指定通所介護を提供することを目的としております。

方針：利用者様の生活の自立を目指して他の福祉・医療サービス等と連携し、利用者様が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送ることができるよう、必要な日常生活上の世話及び心身の機能の維持並びに、利用者様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを方針としております。

3. 事業所の営業日・時間

営業曜日	毎週月曜日～土曜日（日曜日、12月30日～1月3日休み）
営業時間	8:30～17:30（月～金曜日） 8:30～12:30（土曜日）
サービス提供時間	8:50～16:10（月～金曜日） 8:50～12:00（土曜日）

4. サービス内容

送迎 健康チェック 入浴 機能訓練（個別機能訓練加算Ⅰ口） 食事の提供 おやつ等

5. 事業所の利用定員は別紙参照。

6. 事業所の職員体制

	7時間以上8時間未満区分	3時間以上4時間未満区分
① 管理者	1名	
② 生活相談員	1名以上	
③ 機能訓練指導員	2名以上	2名以上
④ 看護師	1名以上	1名以上
⑤ 介護職員	3.6名以上	3.6名以上

7. 第8条（利用料）

- 1 甲は、介護保険給付サービスのうち、自己負担分を乙に対して支払います。
- 2 甲は、利用自費として、食費、日用品、おむつ代（施設で提供した場合）及び娯楽費（必要に応じ）を乙に対して支払います。
- 3 甲は、利用料金を、翌月下旬までに乙の定める方法で支払います。
- 4 利用料は別紙参照（介護保険法に準ずる）。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）は別紙参照。

「お支払方法について」

1か月分まとめてお支払いただきます。

ご利用月の翌月10日付で請求書を発行いたします。

引き落としにつきましては、請求書発行月23日（土日祝は後日）に引き落としを行います。

8. 苦情・相談窓口

- ① 当施設の窓口 ご利用時間 月曜日～金曜日（8：30～17：30）
土曜日 （8：30～12：30）
ご利用方法 電話 0586-85-9539
担当者： 施設長 梶浦 修平
管理者 日野 聖人

② 居住地域の各市町村の介護保険担当

一宮市 介護保険課 電話 0586-85-7017
稻沢市 高齢介護課 電話 0587-32-1293

③ 愛知県国民健康保険団体連合会

介護保険課 電話 052-971-4165

9. 非常災害時の対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して、非常災害対策を行います。

10. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかにご家族及び主治医又は協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

11. 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には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合は、損害賠償を速やかに行います。

また事故状況を鑑み、原因が甲に起因している場合に於いては、当施設では責任を負いかねる事がございます。

12. 第9条 (損害賠償)

乙は、本契約に基づくサービスの提供にあたり、乙の責に帰すべき事由により生じた損害については賠償する責任を負います。但し、その損害が甲の故意又は過失に起因して生じた場合は、損害賠償責任を減じることができます。

13. 第三者評価の実施状況

直近の実施年度 なし

14. 第10条 (身体拘束の禁止)

乙は、原則として甲の自由を制限するような身体拘束を行わない事を約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前または事後に甲及びその家族へ充分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の甲の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

15. 第11条 (その他)

本契約に定められていない事項については、介護保険法令その他の諸法令を尊重し、甲又は身元引受人と乙とによって、誠意をもって協議します。

私は、本書面に基づいて、社員（氏名 _____）から通所介護サービスの提供を受けるにあたり、「重要事項説明書」「通所に関する同意書」「個人情報利用同意書」の説明を受け、この内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご利用者様

住所

電話番号

氏名

（ 代筆者 _____ 続柄 _____ ）

ご家族様（ご家族代表者様又は法定代理人）

住所

電話番号

氏名

通所に関する同意書

当施設では、ご利用者様の残存機能を生かした介護サービス等の提供を心がけております。ご利用者様が快適にサービス利用をしていただけるよう、安全な環境作りを務めておりますが、ご利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性を伴うことを十分にご理解ください。

《高齢者の特徴について》

- 歩行時の転倒、車いすからの転倒等による骨折・外傷等の可能性があります。
- 加齢又は認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることや持病が原因で、急変される場合もあります。

《緊急時の対応について》

- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
その際はご家族様に緊急に連絡をさせていただきます。

なお、ご説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、デイサービスセンターリハビリいっぽの担当者より、施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解をしました。

個人情報利用同意書

私（および私の家族）の個人情報の利用については、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、担当職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
- (2) 上記（1）ほか、居宅介護支援事業所又は介護予防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ケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合
- (4) 介護保険事務を行う上で必要な場合
- (5) その他、私への介護・医療サービス提供に関する情報が必要な場合

2. 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護サービス計画書に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 受託した居宅介護支援事業所
- (3) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- (4) 行政機関、介護保険審査支払い機関

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- (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、個人情報の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。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上