

重要事項説明書（通所介護・介護予防型通所サービス）

（令和 年 月 日現在）

1. 事業者の概要

事業者（法人）名	株式会社ひまわり	法人種別	営利法人	
代表者	役職名	代表取締役	氏名	天野 公久
所在地 電話番号	住所 〒813-0002			
	福岡県福岡市東区下原1丁目27番31号			
	TEL	092-681-6221	FAX	092-663-0156
事業内容	通所介護事業			
法人の沿革・特色	平成 24年 11月に設立。			
法人が所有する 事業所の種類・数				

2. 事業所の概要

事業所の名称	デイサービス友彩			
所在地 電話番号	住所 〒813-0002			
	福岡県福岡市東区下原1丁目20番57号			
	TEL	092-692-1018	FAX	092-663-0156
事業所番号	4070804754	指定取得日	平成28年12月1日	
管理者名	清原 恵理			
利用の対象者	要介護者 ・ 要支援者			
事業の目的	指定通所介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう必要な共用設備等をご利用いただき、通所介護サービスを提供します。			
運営の方針	利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。			
	適格な介護技術をもって常に提供したサービスの質の管理、評価を行いその向上に努めます。			
自己評価の実施状況	あり			
第三者評価の実施状況	あり			
研修の実施状況	採用時研修：採用後3か月 継続研修：年1回			

3. 利用施設の概要

建物の構造	非木造（鉄骨造）	機能訓練室や浴室等の設備		
延べ床面積	104.45㎡	最寄りの交通機関からの距離・所要時間	西鉄バス	下原中央より
利用定員	30名			徒歩3分

4. 事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤	常勤換算後の人数	資格	業務内容
管理者	1名	名	1名	介護福祉士	

生活相談員	2名	名	1名	介護福祉士	
看護職員	1名	2名	1名	看護師	
介護職員	2名	5名	5名	介護福祉士 実務者研修	
栄養士	0名	名	0名		
機能訓練指導員	2名	1名	1名	作業療法士 看護師	
事務職員	0名	名	0名		
その他の職種	0名	名	0名		

業務内容

生活相談員	:	ご利用者、ご家族の相談に応じると共に心身の状態を考えたサービスの提供の計画をたて、そのサービス提供全体の管理と評価を行います。
看護職員	:	主に健康管理や療養上の世話と指導を行います。また、日常生活上の介助等も行います。
介護職員	:	日常生活上の介護、健康保持のための支援を行います。
栄養士	:	食事の献立を計画すると共に、必要な栄養管理と指導を行います。
機能訓練指導員	:	心身の状況に応じ、日常生活に必要な機能の回復、又はその維持・向上の為の訓練を行います。

5. 営業日時とサービス実施地域

営業日	月曜日～土曜日 但し8月13日～14日 1月1日～1月3日は休日とする
営業時間	午前8：30～午後17：30
実施地域	福岡市東区 糟屋郡新宮町

※上記以外でもサービスの実施をする場合があります。

6. サービスの内容

(1) 次の□のサービスを通所介護計画・介護予防通所介護計画に基づいて提供します。

- 食 事：献立表により、栄養やご利用者の身体の状況・嗜好等を考慮した食事を提供します。
- 入 浴：ご利用者の身体の状況に応じた入浴介助（大浴槽・個人浴槽・機械浴槽）を行います。
- 排 泄：ご利用者の身体の状況に応じた排泄の介助を行います。
- 機能訓練・運動機能向上・作業療法等：
 - ご利用者の身体の状況に応じて、日常生活に必要な機能の回復又はその維持・向上の為の訓練を行います。また、機能低下予防のための訓練を行います。
- 送 迎：ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
(事業実施地域以外のご利用の場合は、ご相談いたします。)
- レクリエーション等：季節の行事等を考えた催しを行っています。ご利用者の希望により参加できます。
- 若年性認知症ケア：認知症の特性やニーズに応じたサービスを行います。
- 療養通所介護：中重度の医療ニーズを持つ方へ、医療機関や訪問看護サービス等との連携や安全かつ適切なサービスを行います。
- 個別機能訓練：機能訓練指導員が個別の機能訓練実施計画を作成した上で訓練を行います。また、定期的な評価と計画の見直しをします。

- 栄養マネジメント：管理栄養士が看護職員、介護職員と共同して栄養ケア計画を作成し、それに基づいてサービスを提供します。また、定期的な評価と計画の見直しをします。
- 口腔機能向上：口腔機能の低下、又はおそれのある場合は、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、それに基づいたサービスを提供します。また、定期的な評価と計画の見直しをします。
- 介護保険の対象とならないサービス（利用金額の全額がご利用者の負担になります。）
 - ・特別な食事 ・理髪、美容 ・レクリエーション ・複写物の交付 ・日常生活上必要となる諸用品（オムツ等）
- その他（ ）

- (2) 通所介護計画書・介護予防型通所サービス計画書についてはご利用者又はご家族に説明し、同意をいただきます。
- (3) このサービスの提供に当っては、ご利用者の要介護・要支援状態の軽減、もしくは悪化の防止となるよう適切にサービスを提供します。
- (4) サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かり易いように説明します。
もし、わからない事があればいつでも職員にご質問ください。
- (5) 職員は常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでもその場でお求めください。

7. サービス利用料金

別紙に定める料金表に沿って、ご利用者の要介護度・要支援度に応じたサービス利用料金の自己負担額（1割又は2割又は3割）と、食事にかかる自己負担額をお支払い下さい。

- *要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。
- *償還払いとなる場合、介護保険給付の申請を行うために必要となる証明書「サービス提供証明書」を交付します。
- *保険適応外部分について料金を改定する際には1ヶ月以上前に利用者に文章で連絡します。
- *利用者が法定代理受領サービスを利用できないことにより償還払いとなる場合には、いったん利用料を全額自己負担しなければなりません。

8. 利用料金、その他の費用のお支払方法

利用料、その他の費用は利用月ごとに計算し、請求いたします。

請求書は毎回のサービス提供の明細書を添えて、お渡し致します。毎回のサービス実施記録の利用者控えと照合の上、利用月の翌月 20日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

- *入金確認後、領収書を発行いたしますので、大切に保管してください。

- ア. 現金支払い
 イ. 事業者指定口座への振り込み
 ウ. その他

金融機関	福岡銀行	支店名	千早支店
預金種別	普通	口座番号	761271
口座名義	株式会社 ひまわり		
郵便振替口座		口座名義	

*お支払いが 2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず 15日以内にお支払いいただけない場合には、契約を解約させていただいたうえで未払い分をお支払いいただきます。

9. サービス利用の中止、変更、追加

- (1) 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービス利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合は、サービス実施日の前日までに事業所に申し出て下さい。
- (2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として

下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の（ 10 ） %

※介護予防型通所サービスの場合は、キャンセル料はありませんが、中止が決まりましたらお早めにご連絡ください。

- (3) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

10. サービス利用に関する留意事項

- (1) 施設、設備、敷地等はその本来の用途に従って利用してください。
- (2) 故意に、または注意を払えば避けられたにも関わらず、施設、設備等を壊したり汚したりした場合は、自己負担により原状に復していただくか、それ相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- (3) 当事業所の職員や他の利用者に対して、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行う事はできません。
- (4) 事業所内の定められた場所以外での喫煙はできません。

11. 事故発生時及び緊急時の対応

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事態や事故が発生した場合は、下記の方法で対応します。

- (1) サービスの提供中に事故が発生、または容体の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにそって連絡いたします。
(利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先、介護支援専門員、お住まいの行政機関、その他等)
- (2) 急を要する場合は、事業所の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合もあります。
- (3) 必要に応じて、警察、消防、市町村、その他関連機関への連絡を致します。
- (4) 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録をします。また、記録については5年間保存します。
- (5) 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。
- (6) 事故再発防止策として、事故報告書に基づき調査・検討をして防止策の作成をします
- (7) 施設内の会議に事故事例は提出し、再発の防止に努めます。

12. サービスの内容及び個人情報取り扱い等に関する苦情・相談について

サービスの内容及び個人情報取り扱い等に苦情・相談がある場合は、下記窓口にご連絡下さい。

[事業者の窓口]

担当者：清原 恵理

所在地：福岡県福岡市東区下原1丁目20番57号

T E L : 092-692-1018

受付時間：午前8：30～17：30

[市町村の窓口]

担当部署：東区役所福祉介護保険課

所在地：福岡県福岡市東区箱崎2丁目54-1

T E L : 092-645-1069

[市町村の窓口]

担当部署：博多区福祉介護保険課

所在地：福岡県福岡市博多区博多駅前2丁目9-3

T E L : 092-419-1081

[市町村の窓口]

担当部署：新宮町健康福祉課

所在地：福岡県粕屋郡新宮町緑ヶ浜1丁目1-1

T E L : 092-962-0239

13. 虐待の防止について

当該事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために、以下の対策を講じます。

虐待防止責任者	清原 恵理
---------	-------

- ① 虐待防止責任者を選任しています。
- ② 苦情解決のための体制を整備しています。
- ③ 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ④ サービスの提供中に、養介護施設従事者又は養護者(家族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

14. 個人情報の保護について

当該事業所は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考え、事業所が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取扱いに努めるとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守します。

- ①当該事業所の従業員は介護保険法等の規定に基づき、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ②当該事業所の従業員であったものは、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ③当該事業所では利用者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等で必要がある場合に限りあらかじめ利用者もしくはご家族からの文書による同意を得た上で必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

当該事業所が委託をする医療・介護関係事業者は、業務の委託に当たり、個人情報保護法と厚生労働省ガイドラインの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定し、かつ個人情報に係る契約を締結した上で情報提供し、委託先への適切な監督をします。

15. 身体的拘束廃止の取り組みについて

利用者又はその他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむをえない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為はいたしません。

16. 情報開示

事業所の概要・サービス内容等について、定期的に事業評価を行い、お知らせをします。

福岡市介護サービス情報公表 実施状況 実施有り

実施年月日 平成31年2月27日

実施機関 福岡市

17. 記録の保管について

(1) 用紙で保管する場合

- ・鍵のかかる保管場所に保管します。外部に持ち出す場合は、持ち出し記録簿に記入し、管理します。

- ・保管期間はサービス提供終了から5年間、請求にかかる資料とその請求の根拠となる記録は5年間保管をします。
- ・記録の閲覧及び実費を支払っての写しの交付が本人及び家族に限り可能です。
- ・保管期間が終了した書類についてはシュレッターにかけた上で破棄します。

(2) 電子媒体で保管する場合

- ・利用者のデータを保存するパソコンは、ログイン時にパスワードを求める等のセキュリティを設定し、利用者のデータに対してアクセス権限のない第三者が不正にパソコン操作を行えないようにします。
- ・データの閲覧、利用に関して、データアクセス時にパスワードを要求する等のセキュリティを設定し、許可された者のみがアクセスできるようにします。
- ・外部へのデータの持ち出しは禁止し、保管期間が終了したデータはパソコンより消去します。

18. 契約の解約、終了

契約は有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。解約料は徴収いたしません。

事業者からの解約はやむを得ない場合のみとし 1か月以上の予告期間をもって文書により理由を通知します。

例

正当な理由なく事業者を支払うべき利用料の自己負担分を3ヶ月分以上滞納した場合など

事業者は1ヶ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除する旨の催告をします。

19. 損害賠償

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意または過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

20. 担当責任者

あなたを担当する生活相談員は 松本 貴美子 ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡します。

21. その他

事業所に対する質問・要望等については事業所として適切に対応いたします。

通所介護・介護予防型通所サービス提供の開始に際して、上記内容の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

説明者	職名	管理者兼生活相談員	氏名	清原 恵理	印
-----	----	-----------	----	-------	---

【事業者】	所在地	813-0002 福岡県福岡市東区下原1丁目27番51号		
	事業者(法人)名	株式会社 ひまわり		
	代表者名	天野 公久		印
	事業所名	デイサービス友彩		

上記の内容について説明を受けました。

【利用者】	住所		
	氏名		印

【代理人又は立会人】

	住所		
	氏名		印

※立会人とは、事業者と利用者のどちらにも属さないで、双方の意思を確認する第三者を言います。