

指定通所介護 社会福祉法人みのり福祉会

「北栄みのりデイサービスセンター」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(鳥取県指定 第 201100183083 号)

当事業所は**ご契約者**（以下「ご利用者様」という。）に対して指定通所介護サービスを提供いたします。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	3
5. 提供するサービス	3
6. 利用料金	3
7. 利用の中止、変更、追加	5
8. ご利用者様の禁止行為	5
9. 緊急時の対応	5
10. 事故発生時の対応および損害賠償	5
11. 相談・要望・苦情の窓口	5
12. 虐待防止・身体拘束廃止	6
13. 非常災害対策	7
14. 感染症対策	7
15. 個人情報の利用目的	7

1. 事業者

(1) 法人名	社会福祉法人 みのり福祉会
(2) 法人所在地	鳥取県倉吉市福守町 448 番地 1
(3) 電話番号	0858-29-5800
(4) 代表者氏名	理事長 村田 速実
(5) 設立年月日	昭和41年6月24日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定通所介護事業所 平成 18年 3月 1日指定
鳥取県 3171400702号

(2) 事業所の目的

ご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営むことができるよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、ご利用者様の社会的孤立感の解消及び心身機能維持並びにご家族様の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

(3) 事業所の名称

社会福祉法人みのり福祉会 北栄みのりデイサービスセンター

(4) 事業所の所在地

鳥取県東伯郡北栄町東園 2 1 8 - 1

(5) 電話番号

0 8 5 8 - 3 7 - 6 0 7 8

(6) 事業所長

岡 本 潤

(7) 当事業所の運営方針

本事業所において提供する通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。

- ① 指定通所介護の提供にあたっては、通所介護計画に基づき、ご利用者様の機能訓練及びその者が日常生活を営むことが出来るよう必要な援助を行う。
- ② 通所介護従業者は、指定通所介護の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、ご利用者様又はそのご家族様に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行う。
- ③ 指定通所介護の提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行う。
- ④ 指定通所介護の提供にあたっては、常にご利用者様の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に対応する。
- ⑤ 通所介護従業者は、ご利用者様の人格を尊重し、日々の生活支援の場面で配慮し、特に、身体拘束その他ご利用者様の行動を制限することは行わないものとする。

(8) 開設年月

平成 1 8 年 3 月 1 日

(9) 利用定員

2 7 人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

倉吉市、北栄町、湯梨浜町、琴浦町、三朝町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	12/31~1/2 を除く毎日
受付時間	8:00~17:00
サービス提供時間	8:30~16:00

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者様に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定規準を遵守しています。

職種	職務内容	常勤換算	職員数
事業所長(管理者)	事業所の管理、運営	1名	1名(生活相談員、介護員と兼務)
介護職員	ご利用の方の各種援助	3名	6名以上(1名は管理者、生活相談員と兼務) (1名以上は生活相談員と兼務)
生活相談員	ご利用の方の生活相談と助言	1名	2名以上(1名は管理者、介護員と兼務) (1名以上は介護員と兼務)
看護職員	ご利用の方の健康管理	1名	2名以上(機能訓練指導員と兼務)
機能訓練指導員	ご利用の方の機能訓練	1名	2名以上(看護職員と兼務)

5. 提供するサービス

通所介護計画に沿って送迎、入浴、食事の提供とその介護、生活等についての相談・助言、健康状態の確認等、日常生活の支援及び機能訓練を行います。

6. 利用料金

(1) サービス利用料金（契約書第6条参照）

別紙の北栄みのりデイサービスセンター料金表によって、ご利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費の額を除いた金額（自己負担額）をお支払いいただきます。

利用料は、介護給付サービスに係る費用の9割が介護保険から搬出され、残り1割又は、一定以上の所得者はその所得に応じて2割、3割を自己負担していただきます。

※利用料金詳細については別紙記載の北栄みのりデイサービスセンター料金表をご覧ください。

ご利用者様がまだ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いただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご利用者様の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の自己負担となります。

① 食事代

ご利用者に提供する食事サービスにかかる費用です。

② レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③ 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

利用料金：1枚につき10円

④ おむつ代

実費

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものについては、その費用をご負担いただきます。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合は、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までに報告いたします。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア．下記指定口座への振込み（注）

鳥取銀行 倉吉支店

口座番号 0038241

名義人 社会福祉法人 みのり福社会 理事長 村田 速実

イ．口座引落（振替日：25日 休日の場合は後日）

J Aバンク鳥取

ウ．現金払い

（注）手数料はご利用者様負担となります。

7. 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、通所介護サービスの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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

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様の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時をご利用者様に提示して協議します。

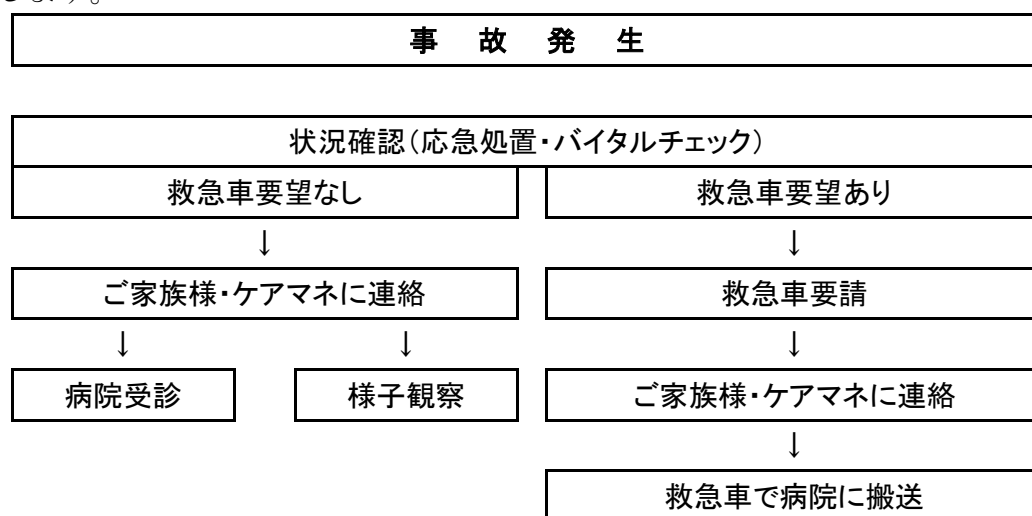
8. ご利用者様の禁止行為

ご利用者様が事業所内において次の行為を行うことは禁止いたします。

- ① 宗教や信条の相違等で他人を攻撃し、また自己の利益のために他人の自由と権利を侵すこと。
- ② けんか、口論、泥酔等で他の利用者に迷惑を及ぼすこと。
- ③ 事業所の秩序、風紀を乱し安全、衛生を脅かすこと。
- ④ 故意に事業所及び備品に損害を与え、又は持ち出すこと。

9. 緊急時の対応

ご利用者様の容態に変化等があった場合は、かかりつけの病院等に搬送あるいは救急車を手配する等、必要な措置を行うと同時にご家族様、担当介護支援専門員に速やかに連絡いたします。



10. 事故発生時の対応および損害賠償

- ① ご利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにこれをご家族様及び関係機関に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ② サービスの提供に伴って、当事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

11. 相談・要望・苦情の窓口（契約書第20条）

（1）当事業所における苦情等の受付

当事業所における苦情、要望やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○サービス相談窓口

(苦情受付担当者) 業務主任 上村 朋子

(苦情解決責任者) 施設長 岡本 潤

受付時間 毎週月曜日～日曜日

8:00～17:00

○第三者委員

氏名 佐々木 一美 住所 倉吉市西倉吉町 21 番地 9

電話番号 0858-28-1616

氏名 陶山 英雄 住所 倉吉市福守町 285 番地 8

電話番号 0858-28-3007

(2) 外部苦情受付機関

① 鳥取県福祉サービス運営適正化委員会 (以下「運営適正化委員会」という。)

〒689-0201 鳥取市伏野 1729-5

T E L 0857-59-6335

F A X 0857-59-6345

② 苦情受付行政機関

○倉吉市役所 福祉課 電話番号 0858-22-8118

○三朝町役場 健康福祉課 電話番号 0858-43-3520

○湯梨浜町役場 長寿福祉課 電話番号 0858-35-5378

○北栄町役場 福祉課 電話番号 0858-37-5850

○琴浦町役場 福祉あんしん課 電話番号 0858-52-1715

(3) 苦情が解決するまでの仕組み

① 苦情の申し出は当事業所の窓口 (苦情受付担当者) または運営適正化委員会で受け付けます。

② 受け付けた苦情は、苦情解決責任者と第三者委員で苦情内容と苦情解決の方法の確認を行います。

③ 確認後、ご利用者様、苦情解決責任者及び第三者委員で苦情内容の解決方法を協議します。

④ 協議した結果、苦情内容の解決が困難な場合は運営適正化委員会に報告します。

1.2. 虐待防止・身体拘束廃止

① 虐待防止・身体拘束廃止のため、虐待防止・身体拘束廃止委員会 (以下「委員会」という。) を設置し、3ヶ月に1回以上委員会を開催します。ただし、虐待、身体拘束が疑われる事態が判明した場合は、即刻委員会を開催し、その結果について従業員に周知徹底を図ります。

② 虐待防止・身体拘束廃止のための指針を整備し、随時見直しを行います。

③ 従業員に対して、虐待防止・身体拘束廃止のため、定期的な研修を実施します。

④ サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者 (現に擁護している者) による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

⑤ 前4項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定します。

1 3. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための事業継続計画を作成し、防火管理者または火気・消防などについての責任者を定め、定期的に避難訓練、その他の必要な訓練と研修を行います。

1 4. 感染症対策

- ① 感染症予防及び蔓延防止のための指針を策定し、感染予防対策委員会にて随時見直しを行います。
- ② 従業員に対して感染症予防及び蔓延防止に関する研修会を年 1 回以上行います。
- ③ 感染症予防及び蔓延防止のため、毎月 1 回の感染予防対策委員会を開催します。
- ④ 前 3 項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定します。

1 5. 個人情報の利用目的

社会福祉法人みのり福祉会北栄みのりデイサービスセンターでは、ご利用者様の尊厳を守り安全管理に配慮する個人情報保護方針の下、個々に個人情報の利用目的を特定します。

また、あらかじめご利用者様本人・ご家族様の同意を得ないで、必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

(1) 当事業所内部での利用目的

- ① 当事業所がご利用者様等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの利用にかかる当事業所の管理運営のうち次のもの
 - ・ 会計・経理
 - ・ 事故等の報告

(2) 他の介護事業者への情報提供を伴う利用目的

- ① 当事業所がご利用者様等に提供する介護サービスのうち
 - ・ ご利用者様に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所、他の事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・ ご利用者様の診察等にあたり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・ ご家族様等への心身の状況説明
- ② 介護保険事務のうち
 - ・ 保険事務の委託（一部委託を含む）
 - ・ 審査支払い機関へのレセプト提出
 - ・ 審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

(1) 当事業所内部での利用にかかる利用目的

当事業所の管理運営業務のうち次のもの

- ・介護サービスや業務の維持・改善の基本資料
- ・当事業所内において行われる学生等への実習への協力
- ・当事業所において行われる事例研究

(2) 他の事業者等への情報提供にかかる利用目的

当事業所の管理運営業務のうち

- ・外部監査機関への情報提供

(3) 当事業所の様子をインターネット上で公開したり、当事業所や他機関の広報誌、新聞等にイベントの写真を掲載することがあります。

☐掲載しても良い

☐掲載しないでほしい

☐事業所内のみ掲示しても良い

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供に際し、ご利用者様に対して契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。またご利用者様が通所介護を利用するにあたり、本書面に基づき個人情報の利用目的について説明を行いました。

事業所

所在地 鳥取県東伯郡北栄町東園218-1

名 称 社会福祉法人みのり福祉会 北栄みのりデイサービスセンター

説明者 氏名 印

私は、契約書及び本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意します。また、本書面に基づいて個人情報の利用目的について説明を受け、個人情報の利用目的及び利用目的の範囲における第三者への情報提供に同意します。

ご利用者 住所

氏名 _____ 印 _____

(代理人) 住所

氏名 _____ 印 _____