

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(通所介護)

利用者： _____ 様

事業者： 晴晴侓デイサービスセンター

晴晴伶デイサービスセンター

通所介護サービス 重要事項説明書 [令和7年1月1日現在]

当事業所は、利用者ご本人に対して通所介護サービスを提供します。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とおり説明します。

1 事業者

- (1) 法人名 株式会社 燦 伶
- (2) 法人所在地 山口県下関市一の宮町四丁目10番19号
- (3) 電話番号 083-260-1260
- (4) 代表者氏名 取締役 八木 保
- (5) 設立年月日 平成12年7月19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24年4月1日指定 事業所番号 3570104194
- (2) 事業所の目的
指定通所介護の適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、施設において介護の提供に当たる従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護サービスを提供することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 晴晴伶デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地等
山口県下関市長府浜浦町14番4号
電話番号 083-249-5710
FAX番号 083-245-2181
- (5) 事業管理者 管理者 岩本 美和子
- (6) 事業所運営方針
従業者は、ご利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。
- (7) 開設年月日 平成24年4月1日
- (8) 利用定員 26人（総合事業含む）

3 事業実施地域及び営業時間等

(1) 通常の事業実施地域 下関市
但し、菊川町、豊浦町、豊田町、豊北町及び離島は除く

(2) 営業時間等

営業日	月曜日～日曜日
営業時間	8時00分から17時00分
サービス提供時間	9時30分から16時45分
定休日	なし
その他年間休日	なし

4 事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、次の職員を配置しています。

職種	業務内容	人員
管理者	業務の実施状況の把握、その他業務管理を一元的に行う。法令等において規定されている事業の実施に関して従業員に対し、順守すべき事項についての指示命令を行います	1名以上（常勤・生活相談員・介護職員と兼務）
生活相談員	ご利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに適切なサービスが提供されるように、調整、居宅介護支援事業所等他の機関との連携において必要な役割を果たします。	1名以上（内常勤管理者介護職員兼務1名・常勤介護職員兼務2名）
機能訓練指導員	利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練を行います	1名以上（内常勤 看護職員兼務1名・非常勤 看護職員兼務2名）
看護職員	健康チェック等を行うことによりご利用者の健康状態を的確に把握するとともに健康保持のための適切な措置を行うものとします。	1名以上（内常勤 機能訓練指導員兼務1名・非常勤 機能訓練指導員兼務2名）
介護職員	介護の提供にあたり利用者の心身状況等を的確に把握しご利用者に対して適切な介護を行います	1名以上（内管理者と生活相談員兼務1名・内生活相談員と兼務2名・非常勤専従4名）

5 従業員の勤務の体制

生活相談員	常時1名	8：00～17：00	
機能訓練指導員	常時1名	8：00～17：00	9：30～16：45
看護職員	常時1名	8：00～17：00	9：30～16：45
介護職員	常時4名	8：00～17：00	9：00～13：00 9：30～16：45

6 サービス内容と利用料金等

(1) 介護保険給付の対象となるサービス

- ① 入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上のお世話及び機能訓練等のサービスについては、基本的に通常利用料金の9割もしくは一定以上の所得がある場合8割又は7割が介護保険から給付されます。
- ② 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ③ 選択的サービス（ご利用者ごとの選択制となります。利用されるサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅介護サービス計画に沿い、ご利用者と事業所で協議した上で通所介護計画に定めます）

個別機能訓練サービス（I）

機能訓練指導員により心身の状況に応じて、個別機能訓練計画を作成し、機能の回復又は減退を防止する為の訓練を実施します。

機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、運動器機能向上計画を作成し、運動器の機能向上のための訓練を実施します。

入浴介助サービス

身体の状態等を確認し、安全に入浴できるように、そして身体の清潔が保てるように援助します

(2) 介護保険の対象とならないサービス

- ① 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、超過分のサービス利用料金の全額がご契約者のご負担となります。
- ② 食事の提供にかかる費用
一食につき756円（おやつ代含む）、おやつ代を提供しない場合は594円とします。おやつのみ提供は162円とします。尚、当社経営の有料老人ホーム燦燦入居者の方は、入居費用の中に食事代が含まれている為、当事業所からは請求いたしません。

(3) 利用料金のお支払い方法

- ① 1ヶ月ごとに計算（末締め）し、翌月（10日以降）にご請求致します。
- ② お支払方法
ア、現金払い（翌月末までをお願いいたします）
イ、自動引き落とし（ご指定の口座より、翌月20日に引き落とされます。）
※ 弊社取引先金融機関・・・山口銀行 新下関駅前支店
※ 20日が金融機関休業日の場合は、翌営業日のお引き落としとなります
ウ、銀行振込み（翌月末までをお願いいたします。お振込みの手数料はご利用者負担となります。）
- ③ 上記のご利用者負担金は、「法定代理受領」の場合について記載しています。「償

還払い」となる場合は、いったんご利用者が利用料の全額（10割）を支払い、その後、市町村に対して保険給付分（9割もしくは8割又は7割）を請求することになります

④ お支払いいただいた際には領収書を発行致します。

(4) サービスの利用頻度

利用する曜日や内容等については、居宅サービス計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、通所介護計画に定めます。また、ご契約者の状態の変化、通所介護計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

(5) サービス利用料金

① 通所介護サービスの利用料金（基本）

通常規模型通所介護費 1日あたりの料金

	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	272円	370円	388円	570円	584円	658円
要介護2	311円	423円	444円	673円	689円	777円
要介護3	351円	479円	502円	777円	796円	900円
要介護4	392円	533円	560円	880円	901円	1,023円
要介護5	432円	588円	617円	984円	1008円	1,148円
通所介護個別機能訓練加算(I) イ	56円					
通所介護個別機能訓練加算(I) ロ	76円					
通所介護入浴介助加算 I	40円					
通所介護サービス提供体制 加算II	18円					
通所介護同一建物減算	-94円					
通所介護送迎減算(片道)	-47円					
通所介護処遇改善加算I	所定単位数（基本サービス費+加算・減算）の9.2%					

※ ご利用時間帯等により上記料金は変更となります。通常時のご利用料金は7時間以上8時間未満の額になります

※ 負担割合が2割の場合は記載金額の2倍、3割の場合は記載金額の3倍となります。

② 介護保険対象外サービス等の利用料金

料 金 の 種 類	利 用 金 額
昼食代	756円（おやつ代を含む） 昼食のみは594円、おやつのみは162円 ※当社経営の有料老人ホーム燦燦の入居者様は食事代が入居費用に含まれていますので、当事業所では請求いたしません。

③ 個別利用料金（1ヶ月の利用者負担金予定額）

	利用日	負担額	入浴	機能訓練Ⅰ	機能訓練Ⅱ	体制加算	昼食	合 計
月		円	円	円	円	円	円	円
火		円	円	円	円	円	円	円
水		円	円	円	円	円	円	円
木		円	円	円	円	円	円	円
金		円	円	円	円	円	円	円
土		円	円	円	円	円	円	円
日		円	円	円	円	円	円	円
合計（1週間）								円
1ヶ月あたり、約 円程度のお支払いになります。								

④ 介護職員処遇改善加算Ⅰ

所定単位数（基本サービス費＋加算・減算）の9.2%を乗じた単位数で算定

（6）利用の中止、変更、追加等

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止・変更・追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業所にご連絡下さい。

7 衛生管理等

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を行います。又、感染症が発生した場合は蔓延しないように必要な措置を講ずるものとします。

8 サービスの利用にあたっての留意事項

（1）利用日にご持参いただく物

- ① 健康保険証・介護保険証・介護保険負担割合証（初回利用時・認定更新時等）

- ② 内服薬及び処置に必要な医療用材料（薬等が処方されている場合）
- ③ 着替え・ビニール袋（汚れた衣類等を入れます）
- ④ 入浴用タオル（フェイスタオル1枚・バスタオル1枚 入浴される場合）
- ⑤ ご家族との連絡帳
- ⑥ 必要な介護用品（紙おむつ・紙パンツ等）
- ※ 石鹸・シャンプー類は用意しております。
- ※ 金銭・貴重品はお持ちにならないで下さい。

(2) 喫煙・飲酒

施設内禁止とさせていただきます。ご了承ください。

(3) その他

- ① 故意に、施設・設備等を破損させたり汚した場合等については、ご契約者に自己負担にて現状を回復して頂くか、又は相当の対価をお支払いいただくことがあります。
- ② 当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような活動（宗教・政治・営利）を行うことはできません。
- ③ 利用時の健康状態の変化等において、医療機関への受診の必要があると認められる場合には、速やかにご家族に連絡を行い、受診するものとします。
- ④ 感染の恐れがある状態になったときは、利用を中止します。
- ⑤ 施設内で定める食中毒防止策を守っていただきます。

9 第三者評価について

当事業所では、提供するサービスの第三者評価は実施しておりません

10 苦情の受付について

当事業所に対する、苦情や相談につきましては、以下のとおり受け付けます。

【弊社相談窓口】	電話番号	083-249-5710
	ファックス番号	083-245-2181
	受付時間	8:00～17:00
	受付担当者	管理者 岩本 美和子
【下関市介護保険相談窓口】 下関市介護保険課事業所係	電話番号	083-231-1371
	ファックス番号	083-231-2743
	所在地	下関市南部町21-19 下関市商工会館4階
	受付日時	月曜日から金曜日 8:30～17:15
		(但し土・日・祝日及び年末年始を除く)

【山口県国民健康保険団体連合会】	電話番号	083-995-1010
	ファックス番号	083-934-3665
	所在地	山口市朝田1980番地7
	受付日時	月曜日から金曜日 9:00～17:00
		(但し土・日・祝日及び年末年始を除く)

1.1 事故発生時の対応及び損害賠償について

(1) サービスの提供中事故が発生した場合は、ご家族・行政・主治医・居宅介護支援事業所等の関係各機関に連絡を行い、迅速かつ適切な対応により円滑かつ円満な解決に努めます。

(2) ご契約者に対して、当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償します。

弊社保険契約先 東京海上日動火災保険会社

(3) 緊急時連絡先

主治医	病院名（主治医）	
	住 所	
	電話番号	
ご家族	氏 名	続柄
	住 所	
	電話番号	
下関市	下関市介護保険課 231-1371	

1.2 非常災害対策について

非常災害に備えるため、消防計画を作成し、当該消防計画に基づく次の業務を行います。

- (1) 消火・通報及び避難の訓練
- (2) 消防設備、施設など点検及び整備
- (3) 従業員の火気の使用、または取り扱いに関する監督
- (4) その他、防火管理上必要な業務

1.3 秘密保持について

(1) 事業者及び従業者は、通所介護サービスを提供する上で知り得たご契約者及びそのご家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

- (2) 事業者は、ご契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 前2項にかかわらず、事業者は、ご利用者又はそのご家族に関する個人情報について、ご利用者の介護に関係した必要な範囲内でのみ、サービス担当者会議、弊社事業所内カンファレンス等において、関係各機関（居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・行政等）との連携の際に用いることがあります。

1.4 サービス提供の記録等

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「通所介護サービス提供記録」等の書面に必要事項を記入して、ご利用者の確認を受け交付いたします。
- (2) 事業所は上記記録を、サービス完結後2年間適切に保存いたします。

1.5 緊急時等における対応方法

指定通所介護の提供を行っているときに病状に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医、ご家族、管理者及び関係各機関に報告します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の措置を講じるものとします。

1.6 虐待防止に関する事項

1. 事業所は、利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等のため、

次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するため、従業者への研修を年4回実施
- (2) 虐待の防止に係る責任者を選定します。

役職：管理者、氏名：岩本美和子

2. 事業所は、虐待又は虐待を疑われる事案が発生した場合は、速やかに市へ通報する。

17 その他の運営に関する留意事項

当事業所は、職員の資質向上のために研修を次のとおり設けるものとします。

- (1) 採用時研修 採用後3ヶ月以内
- (2) 継続研修 月1回以上
- (3) 職員は業務上知りえたご利用者及び家族の秘密を保持いたします。
- (4) 職員であったものに、業務上知りえたご利用者様及びその家族の秘密を保持させるために、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を職員と雇用契約の内容とします。

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供を開始するに際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所	住 所	下関市長府浜浦町14番4号
	事業者	<u>晴晴伶デイサービスセンター</u>
	代表者	取締役 八木 保 ⑩

説明者	職 名	管理者
	氏 名	岩本 美和子

私は、本書面により、事業所から重要事項に関する説明を受け同意し、これを受領しました。

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

ご利用者との続柄 ()

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(予防給付型)

利用者： _____ 様

事業者： 晴晴侓デイサービスセンター

晴晴侖デイサービスセンター

予防給付型通所サービス 重要事項説明書 [令和7年1月1日現在]

当事業所は、利用者ご本人に対して予防給付型通所サービスを提供します。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とおり説明します。

1 事業者

- (1) 法人名 株式会社 燦 侖
- (2) 法人所在地 山口県下関市一の宮町四丁目10番19号
- (3) 電話番号 083-260-1260
- (4) 代表者氏名 取締役 八木 保
- (5) 設立年月日 平成12年7月19日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 予防給付型通所サービス
平成29年 4月 1日指定 事業所番号 3570104194

- (2) 事業所の目的

予防給付型通所サービスの適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、施設において介護の提供に当たる従業者が、要支援状態にある高齢者に対し、適正な予防給付型通所サービスを提供することを目的とします。

- (3) 事業所の名称 晴晴侖デイサービスセンター

- (4) 事業所の所在地等

山口県下関市長府浜浦町14番4号
電話番号 083-249-5710
FAX番号 083-245-2181

- (5) 事業管理者 管理者 岩本 美和子

- (6) 事業所運営方針

従業者は、ご利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。

- (7) 開設年月日 平成24年4月1日

- (8) 利用定員 26人

3 事業実施地域及び営業時間等

- (1) 通常の事業実施地域 下関市
但し、菊川町、豊浦町、豊田町、豊北町及び離島は除く
- (2) 営業時間等

営業日	月曜日～日曜日
営業時間	8時00分から17時00分
サービス提供時間	9時30分から16時45分
時間延長	16時45分から18時30分
定休日	なし
その他年間休日	なし

4 事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者に対して予防給付型通所サービスを提供する職員として、次の職員を配置しています。

職 種	業 務 内 容	人 員
管理者	運営管理	1名以上(常勤・生活相談員・介護職員と兼務)
生活相談員	相談及び業務調整・連携	1名以上(内常勤管理者兼介護職員兼務1名・常勤介護職員2名)
機能訓練指導員	機能回復訓練	1名以上(内常勤看護職員兼務1名・非常勤 看護職員兼務2名)
看護職員	健康管理・保健指導	1名以上(内常勤機能訓練指導員兼務1名・非常勤 機能訓練指導員兼務2名)
介護職員	送迎・入浴等介護業務	1名以上(内常勤管理者兼生活相談員兼務1名・相談員兼務常勤2名非常勤専従4名)

5 従業者の勤務の体制

生活相談員	常時1名	8:00～17:00	
機能訓練指導員	常時1名	8:30～17:30	9:30～16:45
看護師	常時1名	8:30～17:30	9:30～16:45
介護職員	常時4名	8:00～17:00	9:00～13:00 9:30～16:45

6 サービス内容と利用料金等

(1) 介護保険給付の対象となるサービス

- ① 入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上のお世話及び機能訓練等のサービスについては、基本的に通常利用料金の9割もしくは一定以上所得がある場合8割が介護保険から給付されます。
- ② 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ③ 選択的サービス（ご利用者ごとの選択制となります。利用されるサービスの種類や実施日、実施内容等については、予防給付型通所サービス計画に沿い、ご利用者と事業所で協議した上で予防給付型通所サービス計画に定めます）

運動器機能向上サービス

機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、運動器機能向上計画を作成し、運動器の機能向上のための訓練を実施します。

(2) 介護保険の対象とならないサービス

- ① 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、超過分のサービス利用料金の全額がご契約者のご負担となります。
- ② 日常生活上必要となる費用
事前にご用意頂いていない日常生活消耗品等の料金はご負担となります。
オムツ、リハビリパンツは1枚100円とします。
- ③ 食事の提供にかかる費用
一食につき、756円（おやつ代込み）、おやつを提供しない場合は594円とします。おやつのみ提供は162円とします。
- ④ 通常の事業実施区域外への送迎

(3) 利用料金のお支払方法

- ① 1ヶ月ごとに計算（末締め）し、翌月（10日以降）にご請求致します。
- ② お支払方法
ア、現金払い（翌月末までをお願いいたします）
イ、自動引き落とし（ご指定の口座より、翌月20日に引き落とされます。）
※ 弊社取引先金融機関・・・山口銀行 新下関駅前支店
※ 20日が金融機関休業日の場合は、翌営業日のお引き落としとなります
ウ、銀行振込み（翌月末までをお願いいたします。お振込みの手数料はご利用者負担となります。）
- ③ 上記のご利用者負担金は、「法定代理受領」の場合について記載しています。「償還払い」となる場合は、いったんご利用者が利用料の全額（10割）を支払い、その後、市町村に対して保険給付分（9割もしくは8割）を請求することにな

ります。

④ お支払いいただいた際には領収書を発行致します。

(4) サービスの利用頻度

利用する曜日や内容等については、予防給付型サービス計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、予防給付型サービス計画に定めます。また、ご契約者の状態の変化、予防給付型サービス計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

(5) サービス利用料金

① 予防給付型サービスの利用料金

	利用回数	ご負担額（1割）	ご負担額（2割）	備考
要支援 1	月 5 回以上	1,798 円/月（上限）	3,596 円/月（上限）	基本料金
	月 5 回以上	-376 円/月	-752 円/月	同一建物入居者のみ
	月 4 回まで	436 円/回	872 円/回	基本料金
	月 4 回まで	-94 円/月	-188 円/月	同一建物入居の方のみ
要支援 2	月 9 回以上	3,621 円/月（上限）	7,242 円/月（上限）	基本料金
	月 9 回以上	-752 円/回	-1504 円/回	同一建物入居の方のみ
	月 8 回まで	447 円/回	894 円/回	基本料金
	月 8 回まで	-94 円/月	-188 円/月	同一建物入居の方のみ
送迎減産	片道	送迎減算	-47 円/回	送迎を行わない場合
サービス提供体制 加算Ⅱ 1	月 1 回以上	72 円/月	144 円/月	要支援 1 の方
サービス提供体制 加算Ⅱ 2	月 1 回以上	144 円/月	288 円/月	要支援 2 の方

② 介護保険対象外サービス等の利用料金

料 金 の 種 類	利 用 金 額
通常の実施地域外の送迎	片道 10 km 以上は、往復で 400 円
昼食代	756 円（おやつ代を含む） 昼食のみは 594 円、おやつのみは 162 円
日常生活費（オムツ代等）	実費（オムツ、リハビリパンツ 1 枚 100 円）

※ ご契約者がまだ要支援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。要支援の認定を受けた後、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）

④ 介護職員処遇改善加算Ⅰ

所定単位数（基本サービス費＋加算・減算）の 9.2% を乗じた単位数で算定。

(6) 利用の中止、変更、追加等

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、予防給付型通所サービスの利用を中止・変更・追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業所にご連絡下さい

7 衛生管理等

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に給する供する水について衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を行います。又、感染症が発生した場合は蔓延しないように必要な措置を講ずるものとします。

8 サービスの利用にあたっての留意事項

(1) 利用日にご持参いただく物

- ① 健康保険証・介護保険証（初回利用時・認定更新時等）
- ② 内服薬及び処置に必要な医療用材料（薬等が処方されている場合）
- ③ 着替え・ビニール袋（汚れた衣類等を入れます）
- ④ 入浴用タオル（フェイスタオル1枚・バスタオル1枚 入浴される場合）
- ⑤ ご家族との連絡帳（ご希望者）
- ⑥ 必要な介護用品（紙おむつ・紙パンツ等）
- ※ 石鹸・シャンプー類は用意しております。
- ※ 金銭・貴重品はお持ちにならないで下さい。

(2) 喫煙・飲酒

喫煙・飲酒は禁止させていただきます。ご了承ください。

(3) その他

- ① 故意に、施設・設備等を破損させたり汚した場合等については、ご契約者に自己負担にて現状を回復して頂くか、又は相当の対価をお支払いいただくことがあります。
- ② 当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような活動（宗教・政治・営利）を行うことはできません。
- ③ 利用時の健康状態の変化等において、医療機関への受診の必要があると認められる場合には、速やかにご家族に連絡を行い、受診するものとします。
- ④ 感染の恐れがある状態になったときは、利用を中止します。
- ⑤ 施設内で定める食中毒防止策を守っていただきます。

9 第三者評価について

当事業では、提供するサービスの第三者評価は実施しておりません

10 苦情の受付について

当事業所に対する、苦情や相談につきましては、以下のとおり受け付けます。

【弊社相談窓口】	電話番号 <u>083-249-5710</u> 受付時間 <u>8:00～17:00</u> 受付担当者 <u>管理者 岩本 美和子</u>
【下関市介護保険相談窓口】 下関市福祉部長寿支援課	電話番号 083-231-1340 ファックス番号 083-231-1948 所在地 下関市南部町1-1 下関市役所2階 受付日時 月曜日から金曜日 8:30～17:15 (但し土・日・祝日及び年末年始を除く)
【山口県国民健康保険団体連合会】 介護保険課苦情相談 係	電話番号 083-995-1010 ファックス番号 083-934-3665 所在地 山口市朝田1980番地7 受付日時 月曜日から金曜日 9:00～17:00 (但し土・日・祝日及び年末年始を除く)

11 事故発生時の対応及び損害賠償について

- (1) サービスの提供中事故が発生した場合は、ご家族・行政・主治医・居宅介護支援事業所等の関係各機関に連絡を行い、迅速かつ適切な対応により円滑かつ円満な解決に努めます。
- (2) ご契約者に対して、当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償します。

弊社保険契約先 東京海上日動火災保険会社

(3) 緊急時連絡先

主治医	病院名（主治医）
	住 所
	電話番号
ご家族	氏 名
	住 所
	電話番号
長寿支援課	電話番号 083-231-1340

1 2 非常災害対策について

非常災害に備えるため、消防計画を作成し、当該消防計画に基づく次の業務を行います。

- (1) 消火・通報及び避難の訓練
- (2) 消防設備、施設など点検及び整備
- (3) 従業員の火気の使用、または取り扱いに関する監督
- (4) その他、防火管理上必要な業務

1 3 秘密保持について

- (1) 事業者及び従業員は、予防給付型通所サービスを提供する上で知り得たご契約者及びそのご家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、ご契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 前2項にかかわらず、事業者は、ご利用者又はそのご家族に関する個人情報について、ご利用者の介護に関係した必要な範囲内でのみ、サービス担当者会議、弊社事業所内カンファレンス等において、関係各機関（居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・行政等）との連携の際に用いることがあります。

1 4 サービス提供の記録等

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「予防給付型通所サービス提供記録」等の書面に必要事項を記入して、ご利用者の確認を受け交付いたします。
- (2) 事業所は上記記録を、サービス完結後2年間適切に保存いたします。

1 5 緊急時における対応方法

指定通所介護の提供を行っているときに病状に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医、ご家族、管理者及び関係各機関に報告します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の措置を講ずるものとします。

1 6 虐待防止に関する事項

1. 事業所は、利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等のため、次の措置を講ずるものとする。

(1) 虐待を防止するため、従業者への研修を年4回実施

(1) 虐待の防止に係る責任者を選定します。

役職：管理者、氏名：岩本美和子

2. 事業所は、虐待又は虐待を疑われる事案が発生した場合は、速やかに市へ通報する。

1 7 その他の運営に関する留意事項

当事業所は、職員の資質向上のために研修を次のとおり設けるものとします。

(1) 採用時研修 採用後3ヶ月以内

(2) 継続研修 月1回以上

(3) 職員は業務上知りえたご利用者及び家族の秘密を保持いたします。

(4) 職員であったものに、業務上知りえたご利用者様及びその家族の秘密を保持させるために、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を職員と雇用契約の内容とします。

令和 年 月 日

予防給付型通所サービスの提供を開始するに際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 住 所 下関市 長府浜浦町14番4号
事業者 晴晴伶デイサービスセンター
代表者 取締役 八木 保 ㊞

説明者 職 名 センター長
氏 名 岩本 美和子

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、予防給付型通所サービスの提供開始に同意いたしました。

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

ご利用者との続柄 ()