

# 会津美里町緩和した基準による通所サービス

## 重要事項説明書

ご利用者様に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者がご利用者様に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

### 1. 事業者（法人）の概要

|            |                                 |
|------------|---------------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 医療法人社団 平成会                      |
| 主たる事務所の所在地 | 〒969-6254 福島県大沼郡会津美里町荻窪字上野185番地 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 遠藤 忠雄                       |
| 設 立 年 月 日  | 平成7年4月1日                        |
| 電 話 番 号    | 0242-54-2300                    |

### 2. ご利用事業所の概要

|               |                                 |
|---------------|---------------------------------|
| ご利用事業所の名称     | 介護老人保健施設 グリーンケアハイツ              |
| サ ー ビ ス の 種 類 | 基準緩和型 通所サービス                    |
| 事 業 所 の 所 在 地 | 〒969-6254 福島県大沼郡会津美里町荻窪字上野185番地 |
| 電 話 番 号       | 0242-54-2300                    |
| 事 業 の 実 施 地 域 | 会津美里町                           |

### 3. 実施場所の概要

|                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| 実 施 場 所 の 名 称   | 介護老人保健施設 グリーンケアハイツ              |
| 実 施 場 所 の 所 在 地 | 〒969-6254 福島県大沼郡会津美里町荻窪字上野185番地 |
| 電 話 番 号         | 0242-54-2300                    |
| 利 用 定 員         | 定員10名                           |
| 管 理 者 の 氏 名     | 施設長（医師） 飯塚 美伸                   |

### 4. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要支援状態又は事業対象者であるご利用者様が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、基準緩和型通所サービスを提供することを目的とします。                       |
| 運営の方針 | 事業者は、ご利用者様の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、ご利用者様の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

## 5. 提供するサービスの内容

基準緩和型通所サービスは、事業者が設置するサービスの実施場所に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

## 6. 営業日時

|              |                                            |
|--------------|--------------------------------------------|
| 営業日          | 毎週月曜日及び木曜日<br>ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。 |
| 営業時間         | 午後12時00分から午後16時00分まで                       |
| サービス<br>提供時間 | 午後13時30分から午後15時00分まで                       |

## 7. 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
|--------|----------|
| 管理者    | 常勤兼務 1人  |
| 従事者    | 必要数      |

## 8. 利用料

ご利用様がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、ご利用様からお支払いいただく「利用者負担金」は、「介護保険負担割合証」に基づく割合の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### （1）基準緩和型通所サービスの利用料

| サービス名称                     | 基本利用料(1月あたり) |         | 利用者負担(1割) | 利用者負担(2割) | 利用者負担(3割) |
|----------------------------|--------------|---------|-----------|-----------|-----------|
| 基準緩和型通所<br>サービス<br>(半日コース) | 週1回          | 11,530円 | 1,153円    | 2,306円    | 3,459円    |
|                            | 週2回          | 23,640円 | 2,364円    | 4,728円    | 7,092円    |

### （2）その他の費用

|      |                                                                                             |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| おむつ代 | おむつの提供を受けた場合、1回につき180円の実費をいただきます。                                                           |
| その他  | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（ご利用様の希望によって提供する生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

### （３）支払い方法

上記（１）及び（２）の利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて翌月 10 日に請求書を発行します。お支払いは、原則として預金口座自動引落しでお願い致します。引き落とし日は毎月 25 日となり、その日が営業休止日の時には翌営業日となります。但し、預金口座自動引落しができない場合は契約時にご相談ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

### ９．緊急時における対応方法

サービス提供中にご利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに事前の打ち合わせにより主治医・救急隊・ご家族・地域包括支援センター等へ連絡を行い必要な措置を講じます。

### １０．個人情報の保護

- （１）当事業所は、ご利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- （２）当事業所が得たご利用者の個人情報については、介護サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じてご利用者又はその代理人の了解を得るものとします。
  - ※ 当事業所における個人情報の取り扱い（個人情報に関する基本方針）は、当事業所の店頭又はホームページで公表します。

### １１．身体拘束等の排除

当事業所は、ご利用者の人格尊重の理念のもとに、身体拘束等の排除に取り組み高齢者虐待防止運動に努めます。但し、ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するため緊急を要し、他に代替の方法がなく止むを得ず身体拘束を実施する場合は、ご家族等の同意を得ることとします。

### １２．サービス提供記録の開示

- （１）ご利用者様から書面又は口頭により、サービス提供記録の開示の申し出があったときは、身分証明書等によりご本人であることを確認の上、開示いたします。ただし、開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことがあります。
  - ①本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
  - ②本社の事業の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
  - ③他の法令に違反することとなる場合
- （２）開示は、書面により行うものとします。ただし、開示の申出をした者の同意があるときは、書面以外の方法により開示をすることができます。
- （３）サービス提供記録の開示又は不開示の決定の通知は、本人に対し書面により遅滞なく行うものとします。

## 1 1. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者様の家族、担当の地域包括支援センター及び会津美里町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 1 2. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |         |              |
|---------|---------|--------------|
| 事業所相談窓口 | 苦情受付担当者 | 吉田 準         |
|         | 苦情解決担当者 | 飯塚 美伸        |
|         | 電話番号    | 0242-54-2300 |
|         | 面接場所    | 当事業所の相談室     |

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |                |                   |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 会津美里町健康ふくし課    | 電話番号 0242-55-1145 |
|        | 福島県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 024-528-0040 |

## 1 3. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 1 4. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及びご利用者様の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として消防計画及び災害時対応マニュアルを策定しております。

年 月 日

事業者は、ご利用者様へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

|          |     |                         |
|----------|-----|-------------------------|
| 事業者      | 所在地 | 福島県大沼郡会津美里町荻窪字上野 185 番地 |
| 事業者（法人）名 |     | 医療法人社団 平成会              |
|          |     | 介護老人保健施設 グリーンケアハイツ      |

説明者職・氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利 用 者

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所 \_\_\_\_\_  
本人との続柄 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印