

介護予防型通所介護
通所介護

重要事項説明書

株式会社ウィズグループ
デイサービス ウィズランド長丘

デイサービス ウィズランド長丘
【重要事項説明書】

様

1 事業者

法人の名称	株式会社ウィズグループ
代表者氏名	代表取締役 前川 裕貴
事業所の名称	デイサービス ウィズランド長丘
介護保険事業所番号	4071103321
事業所管理者名	水田 康太
所在地	福岡市南区長丘3丁目21番5号
電話番号	092-554-8861
FAX 番号	092-554-8867
サービス提供地域	福岡市内

2 事業所の職員体制 (1日につき)

職種	人数	資格等	業務内容
管理者	1名	社会福祉士等	事業所の管理統括を行います。
生活相談員	1名以上	社会福祉士等	サービス提供の総括および事業全般の業務を行います(管理者との兼務の場合もあり)。
介護職員	3名以上	介護福祉士等	ご利用者に対し、直接的介護サービス等を行います。
看護職員	1名以上	看護師 准看護師	ご利用者の健康管理及び医療機関等との連絡調整を行います。また、機能訓練指導員を兼務します。
機能訓練指導員	1名以上	理学療法士 看護師 准看護師 等	ご利用者の日常生活動作の訓練・指導・助言を行います。

3 サービス提供時間帯および利用定員

営業日	月曜日から日曜日まで (年中無休)
営業時間	午前9時から午後5時40分まで
サービス提供時間	午前9時から午後5時まで
利用定員	1日あたり30名

4 提供するサービスの内容

送迎	○車椅子対応車両、小型車等にてご自宅まで送迎いたします。 ○身体状況に応じて屋内までの送迎もいたします。 ※送迎は原則、事業所～自宅間のみで行います。途中での立ち寄りや 自宅以外への送迎はできません。
健康チェック	○体温、血圧、脈拍を測定し、身体状況について相談援助をいたします。その記録については、連絡帳にてご報告いたします。
食事	○ご利用者の方が、楽しく、おいしく、ゆっくり食事ができるよう援助いたします。 ○病状に応じての食事もご用意できます。ご相談ください。
日常動作訓練	○日常生活を送る中で必要な身体的機能を維持・向上できるように体操・レクリエーションを通じて提供いたします。 ○日常動作に必要な筋力強化等に関する運動機能訓練にも取り組んでおります。
入浴	○温泉気分ですっきりとお一人お一人の時間を大切に、入浴していただけます。お身体が不自由な方でも安心して入浴していただけるよう介護職員が介護いたします。
レクリエーション	○倶楽部活動を通しご利用者が楽しめるものをご用意しております。
生活相談	○ご利用者及びそのご家族からの相談について誠意をもって対応し、可能な限り必要な援助を行うよう努力いたします。
その他	○利用状況および保安確認の補助のため、共用部分および居室にカメラを設置することがあります。

5 利用料の支払い方法について（料金に関しては、別紙参照）

利用料の支払い方法は、基本的には口座引き落としとなり、郵貯か銀行口座での振替手続きをしていただきます。

二 毎月、月末で締めて翌月 15 日前後に利用料を請求いたします。翌月 26 日に引き落としとなりますので、指定口座にご入金ください。

三 手続きが間に合わない場合は、現金でのお支払いとさせていただきます。

6 契約からサービス提供開始までの流れ

地域包括支援センターまたは、居宅介護支援事業者との契約
「介護予防サービス支援計画書」「居宅サービス計画書の作成」

二 デイサービスの重要事項の説明および利用契約の締結

三 面談によりサービス提供内容の決定

四 介護予防型通所サービスまたは通所介護サービス開始

7 介護予防型通所介護サービスまたは通所介護サービスの特徴

デイサービス ウィズランド長丘では、「介護予防サービス計画書」または「通所介護サービス計画書」に基づき、多種なりハビリ機器による身体機能低下防止や、いろいろなレクリエーション活動を通じての生き甲斐づくりを提供いたします。

8 緊急時の対応

サービス利用中に体調が悪くなり、事業者がサービス継続困難と判断した場合は、ご家族等にお迎えをお願いする場合がございますのでご了承ください。なお、救急搬送の必要性が生じた場合等は、この限りではありません。

◎緊急時の連絡先

住所：_____

氏名：_____（続柄 _____）

電話番号：_____

◎緊急搬送先

病院名：_____

主治医：_____

住所：_____

電話番号：_____

9 事故発生時の対応

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10 秘密保持

事業者は、業務上知り得た利用者およびその家族に関する秘密および個人情報については利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合等正当な理由を除いて、契約中および契約終了後も第三者に漏らすことはありません。

あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件下で個人情報を利用できるものとします。

11 その他

サービス提供にあたり、正当な理由なくサービス提供をお断りすることはありません。但し、以下の場合には、提供困難なケースとしてお断りすることがございますので、予めご了承ください。

① 事業所の現員数から、利用申し込みに応じ切れない場合。

- ② 利用申込者の居住が当事業所のサービス提供地域外の場合。
 - ③ 利用申込者の言動が、自傷・他害により本人または他利用者に危害を及ぼす恐れがあり、かつ利用申込者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない場合。
 - ④ その他利用申込者に対し、適切な介護サービスを提供することが困難な場合。
- 二 ご利用者の希望に応じて、介護予防型通所サービスまたは通所介護サービスの利用追加やサービス内容の変更等を行うことができます。事前にご相談ください。
 - 三 かかりつけ医による新たな病気の診断や、薬の変更等があった場合は、必ずご連絡ください。
 - 四 体調不良時（発熱時や気分不良時など）は、デイサービスをお休みいただくか、職員までご相談ください。
 - 五 感染症疾患（インフルエンザ等）にかかった場合はご利用頂けませんのでご了承ください。必要に応じて完治証明書を提出していただく場合がございます。
 - 六 当事業所の職員や他の利用者に対し迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。
 - 七 利用者同士での金銭の貸し借り及び贈与はできません。また、必要以外の金銭、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。トラブルの原因となることがあります。
 - 八 職員に対するお心遣いは一切必要ございません。

1 2 苦情・相談について

ご利用に関する苦情や相談には下記相談者が承ります。

当センター苦情・相談窓口	担当者 電話番号 対応時間	管理者：水田 康太 092-554-8861 午前 9 時から午後 5 時 40 分まで
--------------	---------------------	----------------------------------------------------

公的機関においても、苦情の申し出ができます。

福岡市介護保険相談窓口 (各区保健福祉センター 福祉・介護保険課)	博多区	092-419-1078
	東区	092-645-1071
	中央区	092-718-1145
	城南区	092-833-4102
	早良区	092-833-4352
	南区	092-559-5127
	西区	092-859-7063
	対応時間	午前 9 時から午後 5 時まで
福岡県国民保険団体連合会 介護保険サービス相談係	住所	博多区吉塚 13-47
	電話番号	092-642-7859
	対応時間	午前 9 時から午後 5 時まで

次の機関にて高齢者虐待の相談等ができます。

福岡市保健福祉局	住所	中央区天神 1-8-1
事業者指導課在宅指導係	電話番号	092-711-4257

1 3 福祉サービス第三者評価について

介護サービスの情報公表	あり
実施した直近の年月日	

第三者評価の実施	なし
----------	----

1 4 要介護認定等に伴う利用者への介護サービスに関する確認内容について

「介護保険法による介護報酬」の支払いについて

(どちらかを選択して下さい。() 内に○印を記入して下さい。)

- () 「法定代理受領」を選択し、事業者に対し利用者負担分のみを支払う。
利用者の負担が一時的に重くなることや利便性などを考慮し、一定要件を満たした場合には、法定代理受領方式による現物給付化が行われています。具体的には、まず利用者が「サービス利用」や福祉用具などの現物による給付を受け取り、利用者負担額を事業者にお支払いしていただき、利用者負担分以外の保険給付は、サービスを提供した事業者が被保険者に代わって市町村から保険給付を受けます。

- () 「償還払い」を選択し、事業者に対し 10 割全額を支払い、市区町村への請求を行う。

利用時に、利用者が事業者にいったん全額払い、あとで市町村(保険者)から費用の償還を受けるものです。事業者は利用者から支払いを受けたら、省令で定められた事項を記載した領収書を発行いたします。利用者は、この領収証など必要な書類を市町村に提出していただき、提出を受けた市町村は、保険給付に当たるか、支給限度基準範囲内なのかを審査したうえで、費用を償還します。

個人情報の利用目的

株式会社ウィズグループでは、「個人情報保護法」および、ご利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報保護に関わる基本方針」に基づき、ご利用者ならびそのご家族の個人情報を下記利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。なお、サービス提供期間終了後についても同様とします。

【ご利用者への介護サービス提供に関する利用】

利用目的

- ・ご利用者のニーズに応じた適切な介護サービスを提供するため
- ・ご利用者の介護サービス利用に関する介護保険請求、その他の事務を行うため
- ・ご利用者にサービスを提供する他事業所等との連携（サービス担当者会議での情報提供、照会への回答、業務委託など）のため
- ・ご利用者の診療等に当たり、外部の医師との連携のため
- ・ご家族等へご利用者の心身の状況を説明するため
- ・事故等の緊急時において円滑に連絡・報告を行うため
- ・損害賠償等に関わる保険会社等への相談または届出のため

【上記以外の利用】

利用目的

- ・介護サービスおよび管理運営業務の維持・改善の基礎資料とするため
- ・事業所において学生等の現場実習を行うため
- ・事業所において事例研究等を行うため
- ・外部監査機関、評価機関等への必要情報提供のため

なお、上記利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱う際には、あらかじめご利用者本人もしくはご家族の同意を得ることとします。また、個人情報を利用した会議の内容や相手方などについて、ご本人またはご家族から請求があれば開示するものとします。

個人情報利用の同意書

私および家族は、株式会社ウィズグループ デイサービス ウィズランド長丘が別に定める個人情報の利用について同意します。

年 月 日

本人（利用者） 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

[代筆の場合] 氏名 _____ (続柄 _____)

[代筆理由] _____

年 月 日

[家族] (身元引受人)

住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

年 月 日

[家族] (身元引受人)

住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

暴力団等排除に関する誓約書

年 月 日

株式会社ウィズグループ
代表取締役 前川 裕貴 殿

(本人)	住所	
	氏名	印
(代筆の場合)	代筆者名	印
	理由	
(連帯保証人)	住所	
	氏名	印
(身元引受人)	住所	
	氏名	印

私は、株式会社ウィズグループ（以下貴社）とのすべての取引（契約書等書面のあるものに限られない）について、下記の事項を誓約致します。

1. 私は、自身または家族もしくは親戚が、暴力団員・準構成員、暴力団関係企業、特殊知能暴力集団等その他これらに準じる者に該当しないこと、およびこれらの者と密接な関わりを有する密接交際者でないことを表明し保証します。
2. 私は、自らまたは第三者を利用して、暴力的な要求行為、法的責任を超える不当な要求行為、詐術・脅迫的行為、業務妨害行為その他これらに準ずる行為を行わないことを表明し保証します。
3. 前2項に違反した場合、貴社が何らの通知催告なしに、直ちにこの契約の全部または一部を解除できることを承諾し、異議の申し立てを行いません。
4. 貴社が、第1項および第2項に反するおそれがあると認め、当該事項に関する報告を求めた場合は、速やかに報告いたします。

この誓約書に定めるもののほか、暴力団等排除に関する事項は各都道府県暴力団排除条例に準じます。