

重要事項説明書

(通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業・介護予防通所介護相当サービス用)

事業所の概要

事業所名	東濃デイリハビリセンター
所在地	岐阜県土岐市肥田浅野元町2-36
指定通所介護・予防通所介護事業所番号	2171800507
連絡先・管理者	0572-54-1196

事業所の職員体系

管理者	名	生活相談員	名	介護職員	名	看護職員	名
機能訓練指導員			名				

1. 営業日及び営業時間

営業日は次の通りです。

営業時間	8:00～17:00
利用可能時間	9:00～12:15 13:00～16:15
定休日	日曜日（12月30日～1月3日まで年末年始は休日）

2. 指定通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業・介護予防通所介護相当サービス用の内容

事業者は、介護保険給付の対象サービスとして、事業所において、契約者に対して日常生活上の世話及び機能訓練や運動器機能向上等を提供する。

- ① 機能減退防止のための機能訓練及び運動器機能向上を提供する
- ② 居宅と事業所間の送迎
- ③ 居宅における生活相談

3. 通常の事業の実施地域

(土岐市及び瑞浪市（一部の地域を除く）)

4. サービス利用料金

指定通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業・介護予防通所介護相当サービスを利用した場合の額は、別紙利用料金表によって契約書の事業対象者・要支援・要介護度に応じた、自己負担額を支払う。

5. 介護保険の対象とならないサービス（別紙利用料金表参照）

- ①おむつ代 使った分の実費請求
- ②日常生活費（お茶代、レクリエーション費等） 実費
- ⑤その他 お客様の状態により、必要なものと判断した場合にはお客様及びご家族に対して説明し、同意を得たものに限り実費徴収する。

6. お客様の負担金及び支払い方法

①提供サービスが介護保険の適用を受けた場合、利用料の額は、介護保険負担割合証の記載割合に応じた額を、お支払い頂く。

5の、介護保険の適用外のものについては利用料金の全額をお支払い頂く。

②事業者は一月の利用料金を記入した請求書を月末に配布する。

③支払いは、銀行の引き落としとする。

7. 利用の中止

利用予定日前までに、都合によりサービスを中止する場合は、前日までに連絡をしていただく。

8. 相談・苦情担当

当社へのサービスに関する相談・苦情は、次の窓口にて対応します。

東濃デイリハビリセンター

電話番号 0572-54-1196

FAX番号 0572-54-1197

相談責任者

※ 責任者が不在場合は、他の職員が対応いたします。

公的機関においても、次の機関において相談・苦情を受け付けています。

土岐市役所 高齢介護課

所在地 土岐市土岐津町土岐口 2101

電話番号 0572-54-1111 (代表)

瑞浪市役所 高齢福祉課

所在地 瑞浪市上平町 1-1

電話番号 0572-68-2111 (代表)

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課

所在地 岐阜県藪田南五丁目 14 番 12 号

電話番号 058-275-9826

FAX番号 058-275-7635

対応時間 午前9時より午後5時まで (月～金)

9. 虐待防止及び身体拘束等の適正化について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待防止及び身体拘束等の適正化を目的として、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止及び身体拘束等の適正化に関する責任者を選定しています。

虐待防止及び身体拘束等の適正化に関する責任者は 管理責任者 とします。

(2) 指針を整備しています。(虐待のみ)

- (3) 従業者に対する虐待・身体拘束防止を啓発・普及するための研修等を実施しています。
- (4) 事業者はサービス提供中に、虐待を受けたとみられた場合には、速やかに市町村へ報告致します。
- (5) 事業者は、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

10. 緊急時における対応方法

緊急の措置 通所利用者が病気など緊急事態が発生したときは、お客様の掛りつけの医師と、家族に相談すると共に管理者、看護職員、生活相談員、介護職員を含む全員で対応する。

11. 事故発生時の対応方法

利用者に対する通所介護等の提供により、事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡すると共に、必用な措置を講じるものとする。

また、利用者に対する通所介護等の提供により、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うものとする。

12. 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

【説明確認欄】

年 月 日

サービス計画の締結に当たり、上記より、重要事項を説明した。

事業所 住所 岐阜県土岐市肥田浅野元町2-36

名称 東濃デイリハビリセンター

説明者 _____ 印

サービス契約の締結に当たり、上記により、重要事項の説明を受けた。

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印