

様

重要事項説明書
及び
利用契約書

通所介護

介護予防型通所サービス

デイサービス ほわいと

重要事項説明書兼契約書

(通所介護・介護予防型通所サービス)

(令和6年7月1日現在)

1. 事業者の概要

事業者(法人)名	株式会社 ほわいと	法人種別	株式会社
代表者	役職名 代表取締役 氏名 高橋 寿美		
所在地 電話番号	住所 〒790-0964 松山市中村3丁目1番9号 TEL 089-913-0913 FAX 089-913-0914		
事業内容	介護事業		
法人の沿革・特色	平成19年7月に設立。		
法人が所有する事業所の種類・数	居宅介護支援事業所(1か所)・訪問介護事業所(1か所)・通所介護事業所(2か所)・障害福祉サービス(居宅支援・生活介護)・訪問看護ステーション(1か所)・サービス付き高齢者向け住宅(1か所)・住宅型有料老人ホーム(1か所)		

2. 事業所の概要

事業所の名称	デイサービス ほわいと
所在地 電話番号	住所 〒790-0923 松山市北久米町996番地3 TEL 089-956-5656 FAX 089-956-5654
事業所番号	3870109083 指定取得日 平成24年11月12日
管理者名	岡本 俊介
利用の対象者	要介護者・要支援者 事業対象者
事業の目的	通所介護及び介護予防型通所サービスは、介護保険法令に従い、通所介護従事者が、要介護状態又は要支援状態等にある高齢者に対し適正な指定通所介護等を提供することを目的とする。
運営の方針	通所介護従事者は要介護等の身体の特徴を踏まえて、利用者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に必要な援助を行う。
自己評価の実施状況	あり

第三者評価の実施状況	なし
研修の実施状況	あり

3. 利用施設の概要

建物の構造	木造	浴室等の設備	9.94 m ²
延べ床面積	106.33 m ²	最寄りの交通機関からの	北久米駅から徒歩 20 分
利用定員	30 名	距離・所要時間	

4. 事業所の職員体制

職 種	常 勤	非 常 勤	常勤換算後の人数	資 格	業 務 内 容
管 理 者	1 名	名	1.0 名	介護福祉士	介護職員兼務
生 活 相 談 員	3 名	名	3.0 名	介護福祉士	介護職員兼務
看 護 職 員	2 名	名	2.0 名	准看護師・正看護師	
介 護 職 員	7 名	1 名	8.0 名	介護福祉士	生活相談員兼務
栄 養 士	名	名	名		
機 能 訓 練 指 導 員	1 名	名	1.0 名	柔道整復師	
事 務 職 員	名	名	名		
送 迎 職 員	名	2 名	名		

業務内容

- 生活相談員 : ご利用者、ご家族の相談に応じると共に心身の状態を考えたサービスの提供の計画をたて、そのサービス提供全体の管理と評価を行います。
- 看護職員 : 主に健康管理や療養上の世話と指導を行います。また、日常生活上の介助等も行います。
- 介護職員 : 日常生活上の介護、健康保持のための支援を行います。
- 栄養士 : 食事の献立を計画すると共に、必要な栄養管理と指導を行います。
- 機能訓練指導員 : 心身の状況に応じ、日常生活に必要な機能の回復、又はその維持・向上の為の訓練を行います。

5. 営業日時とサービス実施地域

	月曜日から土曜日（但し 12 月 30 日～1 月 3 日を除く）
営 業 時 間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分
実施地域（通所介護）	松山市・東温市・砥部町・松前町・伊予市
実 施 地 域 (介護予防型通所サービス)	松山市・砥部町・松前町

※上記以外でもサービスの実施をする場合があります。

6. サービスの内容

(1) 次の☑のサービスを通所介護計画・介護予防型通所サービス計画に基づいて提供します。

食 事：献立表により、栄養やご利用者の身体の状況・嗜好等を考慮した食事を提供します。

入 浴：ご利用者の身体の状況に応じた入浴介助（大浴・機械浴槽）を行います。

排 泄：ご利用者の身体の状況に応じた排泄の介助を行います。

機能訓練・運動機能向上・作業療法等：

ご利用者の身体の状況に応じて、日常生活に必要な機能の回復又はその維持・向上の為の訓練を行います。また、機能低下予防のための訓練を行います。

送 迎：ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

（事業実施地域以外のご利用の場合は、ご相談いたします。）

レクリエーション等：季節の行事等を考えた催しを行っています。ご利用者の希望により参加できます。

その他（おむつ代

(2) 通所介護計画・介護予防型通所サービス計画についてはご利用者又はご家族に説明し、同意をいただきます。

(3) このサービスの提供に当っては、ご利用者の要介護・要支援状態の軽減、もしくは悪化の防止となるよう適切にサービスを提供します。

(4) サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かり易いように説明します。

もし、わからない事があればいつでも職員にご質問ください。

7. サービス利用料金

別紙に定める料金表に沿って、ご利用者の要介護度・要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額は利用者負担割合に応じた額）と、食事等にかかる自己負担額をお支払い下さい。

* 保険適応外部分について料金を改定する際には1ヶ月以上前に利用者に文章で連絡します。

8. 利用料金、その他の費用のお支払方法

利用料、その他の費用は利用月ごとに計算し、請求いたします。

請求書は毎回のサービス提供の明細書を添えて、お渡し致します。毎回のサービス実施記録の利用者控えと照合の上、利用月の翌月末日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

* 入金確認後、領収書を発行いたしますので、大切に保管してください。

ア. 現金支払い イ. 口座引き落とし ウ. その他

※お支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず30日以内にお支払いいただけない場合には、契約を解約させていただいたうえで未払い分をお支払いいただきます。

9. サービス利用の中止、変更、追加

- (1) 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービス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。この場合は、サービス実施日の前日までに事業所に申し出てください。
- (2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出を頻繁にされる利用者に対してはキャンセル料をいただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の（50）%

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

10. サービス利用に関する留意事項

- (1) 施設、設備、敷地等はその本来の用途に従って利用してください。
- (2) 故意に、または注意を払えば避けられたにも関わらず、施設、設備等を壊したり汚したりした場合には、自己負担により原状に復していただくか、それ相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- (3) 当事業所の職員や他の利用者に対して、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行う事はできません。
- (4) 事業所内の定められた場所以外での喫煙は、できません。

11. 事故発生時及び緊急時の対応

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事態や事故が発生した場合は、下記の方法で対応します。事前の打ち合わせにより、利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、介護支援専門員（ケアマネジャー）等に連絡致します。

- (1) サービスの提供中に事故が発生、または容体の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにそって連絡いたします。
(利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先、介護支援専門員、お住まいの行政機関、その他等)
- (2) 急を要する場合は、事業所の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合もあります。
- (3) 必要に応じて、警察、消防、市町村、その他関連機関への連絡を致します。
- (4) 事故再発防止策として、事故報告書に基づき調査・検討をして防止策の作成をします。
- (5) 施設内の会議に事故事例は提出し、再発の防止に努めます。

12. サービスの内容及び個人情報取り扱い等に関する苦情・相談について

サービスの内容及び個人情報取り扱い等に苦情・相談がある場合は、下記窓口にご連絡下さい。

13. 虐待の防止について

当該事業所は、養介護施設従事者又は養護者（家族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

14. 個人情報の保護について

当該事業所は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考え、事業所が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取扱いに努めるとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守します。

- ①当該事業所の職員は介護保険法等の規定に基づき、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ②当該事業所の職員であったものは、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ③当該事業所では利用者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等で必要がある場合に限りあらかじめ利用者もしくはご家族からの文書による同意を得た上で必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

当該事業所が委託をする医療・介護関係事業者は、業務の委託に当たり、個人情報保護法と厚生労働省ガイドラインの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定し、かつ個人情報に係る契約を締結した上で情報提供し、委託先への適切な監督をします。

15. 身体的拘束廃止の取り組みについて

利用者又はその他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむをえない場合を

事業者の窓口 デイサービスほわいと	所在地 松山市北久米町 996 番地 3 T E L 089-956-5656 FAX 089-956-5654 受付時間 電話対応にて 24 時間
地域包括支援センター 小野・久米	所在地 松山市鷹子町 740 鷹子ふれあい館 2 階 T E L 089-970-3761 FAX 089-975-7620 受付日時 平日 8 時 30 分 ~ 17 時 15 分
松山市介護保険課	所在地 松山市 2 番町 4 丁目 7 番地 2 T E L 089-948-6968 FAX 089-934-0815 受付日時 平日 8 時 30 分 ~ 17 時 15 分
愛媛県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 松山市持田町 3 丁目 8 番 15 号 T E L 089-998-3477 (相談専用電話) 受付日時 平日 9 時 00 分~12 時 00 分 13 時 00 分~16 時 30 分
愛媛県国民健康保険 団体連合会 (要支援者は除く)	所在地 松山市高岡町 101-1 T E L 089-968-8800 FAX 089-956-3800 受付日時 平日 8 時 30 分 ~ 17 時 15 分

除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為はいたしません。

16. 記録の保管について

(1) 用紙で保管する場合

- ・鍵のかかる保管場所に保管します。
- ・利用者に対する記録は、サービス提供終了時から5年間保管します。
- ・記録の閲覧及び実費を支払っての写しの交付が本人及び家族に限り可能です。
- ・保管期間が終了した書類についてはシュレッダーにかけた上で破棄します。

(2) 電子媒体で保管する場合

- ・利用者のデータを保存するパソコンは、ログイン時にパスワードを求める等のセキュリティを設定し、利用者のデータに対してアクセス権限のない第三者が不正にパソコン操作を行えないようにします。
- ・データの閲覧、利用に関して、データアクセス時にパスワードを要求する等のセキュリティを設定し、許可された者のみがアクセスできるようにします。
- ・外部へのデータの持ち出しは禁止し、保管期間が終了したデータはパソコンより消去します。
- ・利用者に対する記録は、サービス提供終了時から5年間保管します。

17. 契約の解約、終了

契約は有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の1ヶ月前までに解約届出書をご提出ください。解約料は徴収いたしません。

事業者からの解約はやむを得ない場合のみとし1ヶ月以上の期間をおき理由を通知します。

18. 損害賠償

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意または過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

19. その他

事業所に対する質問・要望等については事業所として適切に対応いたします。

通所介護・介護予防型通所サービス提供の開始に際して、上記内容の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

【説明者】	職 名		氏 名		㊟

【事業者】	所 在 地	松山市中村3丁目1番9号			
	事業者(法人)名	株式会社 ほわいと			
	代 表 者 名	代表取締役 高橋 寿美			㊟
	事 業 所 名	デイサービス ほわいと			

上記の内容について説明を受け契約します。

【利用者】	住 所				
	氏 名				

【代理人又は立会人】

住 所					
氏 名					㊟

※立会人とは、事業者と利用者のどちらにも属さないで、双方の意思を確認する第三者を言います。

同意書

デイサービス ほわいと 殿

私及び私の家族は、通所介護事業において「サービス担当者会議」等に、私及び私の家族の個人情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

(利用者) 住所： _____

氏名： _____ 印

(代理人) 住所： _____

氏名： _____ 印

(ご家族) 住所： _____

氏名： _____ 印

