

様 に対する通所介護サービスの提供開始にあたり、介護保険法に基づく指定居宅サービス等の人員、設備及び運営の基準等を定める条例(岡山県条例第 62 号第 9 条)に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、以下のとおりです。

1, 事業者概要

事業者名称 デイサービスセンターすずらん
所在地 〒718-0303 岡山県新見市哲多町本郷 574 番地 1
電話 0867-96-2007 FAX 0867-96-2005
運営法人 医療法人 国際貢献大学校医療機構 理事長 河相 淳一郎
事業所番号 3371000237(介護保険法に基づき岡山県知事より平成 17 年 4 月 1 日に指定)

2, 運営方針

事業所の従業者は、利用者が要介護状態等になった場合においても、可能な限りその居宅において、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、利用者の社会性や心身機能の維持回復を図るべく、必要な介護・看護・リハビリテーション等を行います。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3, 職員体制

1. 管理者 1 名 : 管理者は事業所の従業員の管理や業務の管理を一元的に行います。
2. 看護職員 1 名、生活相談員 1 名、機能訓練指導員 1 名、介護職員 3 名以上
: 職員の専門性に応じた通所介護サービスの提供を行います。

4, 営業時間

1. 営業日 : 月曜日から金曜日(但し、5/3-5、8/13-15、12/30-1/3 を除きます)
2. 営業時間 : 午前 8 時から午後 5 時まで(職員の出勤時間です)
3. サービス提供時間 : 午前 9 時から午後 4 時まで(前後、概ね 1 時間に送迎を行います)

5, 利用定員 利用定員は 1 日 22 名です

6, 通常の実施地域 新見市正田、石蟹、長屋、唐松、新見、金谷、高尾、西方、旧哲西町、旧哲多町です。

7, 利用料金 介護保険法に基づき利用料を算出します。(詳しくはサービス内容説明書をご参照ください)

8, 秘密保持

事業所の従事者は、退職後を通じて業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

・個人情報の取り扱い

(個人情報の区分と内容)

- A, 基本情報(氏名・生年月日・性別・住所など)
- B, 心身の状態(身長・体重・筋力・既往歴・主病名・服用薬・アレルギーなど)
- C, 療養状況(入院・入所・在宅サービス利用中のリハビリ・看護・介護の内容、日常生活動作能力等)
- D, ご家族の支援状況(家族構成・就業・連絡先・介護の役割分担など)
- E, 保険情報(要介護認定・認定有効期間・利用介護サービス・保険者・医療保険情報・障害者手帳など)

(個人情報の取り扱い)

お預かりしている個人情報を適切に管理し、ご利用者さまの居宅サービス計画を作成すること以外の目的で使用致しません。また、情報のやりとりは必要最小限にとどめ、スタッフに対する守秘義務は退職後を

通じて徹底致します。なお、当事業所が撮影したサービス提供に関連する写真を、ホームページやパンフレット等に掲載することや、イニシャルやモザイクにより出来る限り個人を特定できないように配慮のうえ、在宅療養や介護サービス利用の経過等を学会や研究会に於いて発表する場合があります。

(個人情報のやりとり)

～情報提供～

- ・保険者など公的機関から事業所の運営上必要な情報(A・E)の請求があった場合
 - ・かかりつけ医から治療上必要な情報(A ～ E)の請求があった場合
 - ・担当介護支援専門員からより良い介護サービス提供に必要な情報(A ～ E)の請求があった場合
 - ・(研修生を受け入れた場合)より良い研修を行うために必要な情報(A ～ E)の請求があった場合。
- 但し、研修生に当該個人情報の管理や守秘義務の徹底を指導致します。

～情報請求～

当事業所は、より良い居宅介護支援サービスを提供するために必要な情報(A ～ E)を、保険者・かかりつけ医・担当介護支援査問員・他の居宅サービス事業者に請求する場合があります。

9、苦情申立窓口 お気付きの点がございましたら、お気軽に次の相談窓口にご相談ください。

〔デイサービスセンターすずらん 相談窓口〕

- (解決責任者) 三上 照子 (担当者) 江田 瞳
- (受 付 時 間) 月～金曜日の 8 時から 17 時まで
但し、5/3－5、8/ 13－15、12 /30－1 / 3 を除く
- (設 置 場 所) 在宅支援部 1 階 事務室
岡山県新見市哲多町本郷 574 番地 1 TEL 0867-96-2007

〔行政等相談窓口〕

- 新見市役所 健康福祉部 高齢者支援課 TEL 0867-72-3148
岡山県国民健康保険団体連合会 TEL 086-223-8811

10、他機関との各種会議等

ご利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施する会議について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考に行います。また、会議の開催方法として、参集にて行うもののほかに、テレビ電話装置等を活用して実施する場合もあります。

ご利用者等が参加して実施する会議について、ご利用者等の同意を得た上で、テレビ電話装置等を活用して実施する場合もあります。

11、事故発生時の対応

事故が発生した場合は、市町村やご利用者さまのご家族、担当の介護支援専門員等に連絡を行い、過失等を勘案のうえ必要に応じて損害賠償を行うなど 必要な対応を速やかに行います。

12、緊急時の対応方法

緊急時には、まず主治医に連絡し、医師の指示に従います。次に、ご登録いただいた緊急連絡先に連絡致します。事業所は、事故が発生しないよう細心の注意をもってサービスの提供を行いますが、万一事故が発生した場合には、速やかな対応と再発防止に努めます。

なお、当事業所は在宅福祉サービス総合補償(株式会社損保ジャパン・賠償保険)に加入しています。(緊急時連絡先については、サービス内容説明の 4 項をご参照下さい。)

13、衛生管理

- 1.事業所は、サービスに使用する用備品を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理を十分徹底します。
- 2.事業所は、感染症が発生した際の予防、又はまん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)をおおむね 6 月に 1 回以上開催します。その結果を、従業員に周知徹底します。

- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を 1 年に 1 回以上実施します。

14, 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、従業員に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行い、業務継続計画の定期的な見直しによる業務継続計画の変更を適切に行います。

15, 虐待の防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- ② 従業員に対し、虐待防止のための研修を 1 年に 1 回以上、また従業員の新規採用時に実施します。
- ③ 虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。
- ④ 事業所における虐待防止のための指針を整備します。

16, 身体的拘束等の原則的禁止

ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、必要に応じて家族等に説明します。事業所は、身体拘束の適正化を図るために指針を整備し、従業員に対し研修を定期的実施します。

17, 成年後見制度の活用支援

ご利用者と適正な契約手続きを行うため、必要に応じて成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援します。

18, ハラスメント対策

- 1. 事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。
- 2. ご利用者・ご家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いサービスを提供できるよう以下の点についてご理解ご協力をお願いいたします。
 - ① 職員に対する金品等の心づけはお断りしています。
 - ② ペットをゲージへ入れる、リードにつなぐ等の協力をお願いします。
 - ③ 職員からハラスメントを受けた場合は、遠慮なく管理者にご連絡ください。
 - ④ 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。従業員のハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

19, その他

- 1. サービス提供証明書が必要な場合は、いつでもお申し出ください。
- 2. ご利用者本人が所持する現金や、身につけている衣類、時計、指輪、貴金属等については、その紛失の責は負いかねます。
- 3. 当センターは通所介護サービスをお休みされても、理由を問わずキャンセル料は請求いたしません。但し、お休みのご連絡が 1 営業日前の 17 時を過ぎた場合、お食事代の 800 円は請求させていただきます。お休みのご連絡は、出来る限り早めにいただきますよう、ご協力をお願いします。
- 4. 事業所は従業員に対し年 1 回以上 健康診断を行います。
- 5. サービス提供に必要な書類を整備し、その完結より 5 年間保管を行います。
- 6. 当センターでは第三者評価は行っていません。お気づきの点などございましたら、お気軽に職員や担当介護支援専門員にご相談いただき、定期的に行うアンケートにもご協力をお願いします。
- 7. 各種指針は国際貢献大学校医療機構のホームページにも公開しています。
- 8. その他、ご不明な点などございましたら、職員までお気軽にご相談ください。

デイサービスセンターすずらん サービス内容説明

当事業所が_____様 に提供する通所介護サービスは以下の通りです。

1, 提供するサービス

参加曜日	種 別	利用時間	送迎	入浴	食事	備 考
曜日	7～8 時間	9 時～16 時				
曜日	7～8 時間	9 時～16 時				
曜日	7～8 時間	9 時～16 時				
曜日	7～8 時間	9 時～16 時				
曜日	7～8 時間	9 時～16 時				

参加曜日	お迎え	お送り
曜日	: ~ : 頃	: ~ : 頃
曜日	: ~ : 頃	: ~ : 頃
曜日	: ~ : 頃	: ~ : 頃
曜日	: ~ : 頃	: ~ : 頃
曜日	: ~ : 頃	: ~ : 頃

- ① 通所介護サービスは、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう適切に提供します。
- ② サービスの提供は懇切丁寧に行い、わかりやすいように説明します。もしもわからないことがあれば、いつでも職員に遠慮なくご質問ください。
- ③ 通所介護サービスの提供にあたっては、常にあなたの病状、心身の状況及び環境を把握し、適切なサービスの提供に努めます。特に、認知症の状態にある方には、必要に応じてその特性に対応したサービスを提供できる体制を整えます。

2, 通所介護計画

デイサービスセンターすずらんでは、通所介護サービスの提供にあたる職員が、担当の介護支援専門員が作成する居宅サービス計画の内容を基に、あなたの心身の状況、ご希望、在宅での療養環境にあわせた目標と、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した通所介護計画を作成します。

3, 利用料

- ① 通所介護サービスが介護保険の適用を受ける場合、介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額をお支払いいただきます。新見市内は 1 単位 10 円で計算します。

通常規模型通所介護費(7 時間以上 8 時間未満の場合):要介護 1 658 単位、要介護 2 777 単位

要介護 3 900 単位、要介護 4 1,023 単位、要介護 5 1,148 単位

入浴介助加算(Ⅰ) 40 単位/回、若年性認知症利用者受入加算 60 単位/回

口腔機能向上加算(Ⅰ) 150 単位/回(上限月 2 回)・サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18 単位/回

介護職員等処遇改善加算 全体の 9.9%

- ② 提供を受ける通所介護サービスが、介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③ サービス提供中に必要になったおむつは、マジック止めタイプ 210 円・リハビリパンツ 150 円・フラットタイプ 30 円・尿取りパッド 25 円を、お食事代(昼食・おやつ)として 800 円/日を、手工芸等の材料費等は都度ご説明のうえ実費を請求させていただきます。
- ④ 通常の実施地域(新見市正田、石蟹、長屋、唐松、新見、金谷、高尾、西方、旧哲西町、旧哲多町)以外からの送迎は、実施地域を越えた地点から片道1kmあたり 30 円を請求させていただきます。
- ⑤ 当事業者は、翌月 15 日頃に、サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細兼請求書を作成し、お渡し致します。
- ⑥ 現金にて毎月の利用料をお支払いされる場合は、請求書をお渡しした次の参加時にお支払い下さい。なお、お手持ちの農協・備北信用金庫口座による自動引き落としも行っていますので、ご希望の方は職員にご相談ください。

4, その他

・緊急時連絡先

(かかりつけ医)

(緊急連絡先)

医療機関

氏 名

(続柄/)

担 当 医

住 所

所 在 地

連絡先①

電話番号

連絡先②

(続柄/)

令和 年 月 日

(利用者 甲)

私は、乙からサービス内容(個人情報の取扱)及び重要事項の説明を受け、同意しました。

住 所

氏 名

電話番号

(署名代行者)

(署名を代行した理由)

同意家族氏名

(続柄:)

(事業者 乙)

当事業者は通所介護サービスの提供開始に当たり、甲に対して重要事項説明書及びサービス内容に基づいて、重要事項及びサービス内容を説明しました。

サービス事業者 医療法人国際貢献大学校医療機構 デイサービスセンターすずらん

事務所所在地 新見市哲多町本郷 574 番地 1 (説明担当者/)