

地域密着型通所介護・介護予防通所サービス



デイサービスゆずっこ高西 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている地域密着型通所介護・介護予防通所サービス（以下「地域密着型通所介護」という。）について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。

1 サービス提供を実施する事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名	デイサービスゆずっこ高西		
介護保険事業所番号	3491502021		
事業所所在地	広島県福山市高西町 3-7-22		
電話番号	084-939-5539	F A X 番号	084-933-3373
通常の事業実施地域	福山市高西町・今津町・松永町・南松永町・東村町・本郷町・神村町・宮前町・柳津町・金江町・藤江町・尾道市内		

(2) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土及び祝日（8月13日-15日、12月31日-1月3日を除く）
営業時間	8：30－17：00

(3) サービス提供可能な日時

サービス提供日	月・火・水・木・金・土及び祝日（8月13日-15日、12月31日-1月3日を除く）
サービス提供時間	9：00－16：00

(4) 事業所の職員体制

管理者氏名	北川 理恵
-------	-------

	常勤	非常勤
管理者	1名	
生活相談員	3名	0名
看護職員	1名	3名
介護職員	2名	4名
機能訓練指導員	1名	2名

※訪問看護ステーションと連携しています。

緊急時には、すぐに駆け付けることができる体制、適切な指示ができる連携体制を確保しています。

(5) 提供するサービスの内容について

1. 地域密着型通所介護計画の作成
2. 利用者居宅への送迎
3. 介護サービス（移動、食事、入浴、排泄、更衣など）
4. 機能訓練、創作活動
5. 相談援助サービス

(6) 施設利用に当たっての留意事項

1. 事業所内の飲酒は禁止しております。
2. 敷地内の喫煙は禁止しております。
3. 設備・備品の利用はご自由にご利用できます。
4. 所持品・備品等の持ち込みは、ご自身で管理をお願いします。
5. 営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。

(7) 地域密着型通所介護従業者の禁止行為

地域密着型通所介護従業者はサービス提供に当たって、次の行為は行いません。

1. 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く）
2. ご利用者様又はご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
3. ご利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受
4. 身体的拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。）
5. ご利用者様又はご家族様等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(8) 非常災害対策・業務継続計画の策定

1. 災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

防火管理者	今村 旬
-------	------

2. 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
3. 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。避難訓練実施：年2回以上
4. 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護福祉施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で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。

(9) 衛生管理及び感染予防

1. 施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
2. 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
3. 指定地域密着型通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう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。）をおおむね年に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - 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する。
 - ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

(10) 運営推進会議について

1. 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
2. 当事業所が行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
3. 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上会議を開催します。
4. 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

(11) 虐待の防止について

ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する責任者を選定しています。
2. 成年後見制度の利用を支援します。
3. 苦情解決体制を整備しています。
4. 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
5. 介護相談員を受入れます。
6. サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者	北川 理恵
-------------	-------

(12) サービス提供に関する相談、苦情について

1. ご利用者様またはご家族様からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
2. 苦情や相談があった場合、苦情相談担当者はしっかりとお話を聞き、場合によってはご自宅へ伺うなど、状況の把握や事実確認に努めます。
3. 苦情申立窓口

デイサービスゆずっこ高西		担当者：北川 理恵	
所在地	広島県福山市高西町 3-7-22		
TEL	084-939-5539	FAX	084-933-3373
受付時間	月・火・水・木・金・土及び祝日。 ただし、8月13日-15日、12月31日-1月3日を除く。		
福山市保健福祉局介護保険課			
所在地	福山市東桜町 3 番 5 号		
TEL	0 8 4 - 9 2 8 - 1 1 6 6	FAX	
受付時間	8：30－17：15（土日祝日、年末年始を除く）		
尾道市高齢者福祉課介護保険係			
所在地	尾道市久保 1 丁目 15-1		
TEL	0 8 4 8 - 3 8 - 9 4 4 0	FAX	0 8 4 8 - 3 7 - 7 2 6 0
受付時間	8：30－17：15（土日祝日を除く、年末年始を除く）		
広島県福祉サービス運営適正化委員会			
所在地	広島市南区肘井本町 12-2		
TEL	0 8 2 - 2 5 4 - 3 4 1 9	FAX	0 8 2 - 5 6 9 - 6 1 6 1
受付時間	8：30－17：00（土日祝日を除く、年末年始を除く）		
広島県国民健康保険団体連合会（介護福祉課）			
所在地	広島市中区東白島町 1 9 番 4 9 号 国保会館		
TEL	0 8 2 - 5 5 4 - 0 7 8 3	FAX	0 8 2 - 5 1 1 - 9 1 2 6
受付時間	8：30－17：15（土日祝日を除く、年末年始を除く）		

4. 苦情相談担当者（対応者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、ご利用者様またはご家族様の立場に立った適切な対処方法を検討します。
5. 検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ずご利用者様またはご家族様へ報告します。
6. 苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業者全員で検討します。

(13) 身体拘束適正化の取り組みについて

事業所は、利用者に対する身体的拘束適正化のため、次の措置を講ずるものとします。

- ① 身体拘束適正化のための指針を整備すること
 - ② 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会及び職員に対する研修を定期的に行うこと
- 2 利用者又は、他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合（①切迫性②非代替性③一時性かつそれらの要件の確認等が極めて慎重に実施されているケースに限られる）についてのみ身体的拘束等を行うことがあります。
- 3 身体的拘束等が必要な場合は、利用者又は家族に説明をし、同意を受けなければならない。
- 4 その様態および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し、2年間保存します。

(14) 秘密の保持と個人情報の保護について

1. 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者は、ご利用者様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扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様及びそのご家族様の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。事業者は、従業者に、業務上知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

2. 個人情報の保護について

事業者は、ご利用者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者様の個人情報を用いません。また、ご利用者様のご家族様の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でご家族様の個人情報を用いません。事業者は、ご利用者様及びそのご家族様に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。事業者が管理する情報については、ご利用者様の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（複写料などが必要な場合はご利用者様負担となります）

(15) 緊急時の対応について

サービス提供中に、ご利用者様に病状の急変が生じた場合、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご利用者様が予め指定する連絡先にも連絡します。

緊 急 連 絡 先			
家族等氏名（続柄）		連絡先	
家族等氏名（続柄）		連絡先	
医療機関・診療所名			
主治医		連絡先	

希 望 緊 急 搬 送 先			
第一希望病院名		連絡先	
第二希望病院名		連絡先	
その他希望			

(16) 事故発生時の対応方法について

ご利用者様に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者様の家族、ご利用者様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、ご利用者様に対する指定地域密着型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。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険
保険名	介護保険社会福祉事業者総合保険（損害責任保険）
補償の概要	対人・対物・管理財物賠償補償その他事業者が法律上の賠償責任を負った場合の補償

(17) ハラスメント

事業所は、適切な事業の提供を確保する観点から、職員及び利用者間、取引業者、関係機関の職員との間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従業者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ています。

(18) 電磁的対応について

利用者等への説明・同意について、電磁的な対応として、タブレット端末を用いた方法で署名を行う。電子署名が何らかの理由で困難な場合は、書面での対応に代えさせていただきます。

2 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

（1）利用料金について

別紙料金表を参照

（2）支払方法について

利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

ご利用料金その他の費用の請求方法等	利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日前後にご利用者様宅あて送付いたします。
お支払い方法等	ア 口座からの引き落とし 引き落とし予定日は、利用月の翌月 26 日となります。請求書の内容をご確認の上、引き落とし前日までに指定口座の振替残高に不足のないようご協力をお願いします。なお、26 日が土・日・祝日の場合、金融機関の翌営業日の引き落としとなります。また、手数料として、440 円いただきます。 * 同一法人のサービスをご利用の場合、手数料は 1 事業所分のみとなります。 * 口座振替手続き完了まで、下記記載の事業者指定口座にお振込み下さい。 イ 下記指定口座への振込み 広島銀行 東尾道支店 普通預金 3003470 株式会社ハートランド 代表取締役 川原 奨二 （振込みは、利用者名でお願いいたします） * ご入金を確認できましたら、領収書を翌月請求書と同封し、郵送いたします。必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります）

★持ってくるもの★

1. 連絡袋、飲み薬、塗り薬、点眼薬、歯ブラシ
2. 室内靴（スリッパやサンダル以外の踵のある靴）
3. 介護保険証（初回開始時、変更時・更新時）
4. 入浴をされる方：タオル 2 枚・バスタオル 1 枚・ビニール袋・着替え・オムツ類

※タオル・バスタオル・着替えに名前の記入をよろしくお願いします。

3 重要事項の説明年月日

説明年月日	年 月 日
説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

ご利用者様	住 所			
	氏 名			
代筆の場合の 代筆者氏名			続柄等	
代理人 成年後見人等	住 所			
	氏 名			