

デイサービスさくらんぼ

介護予防認知症対応型通所介護 重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	デイサービスさくらんぼ
所在地	高知市上町3丁目4-24
電話番号	088-826-9415
FAX番号	088-826-9415
事業者指定番号	3990100616
管理者名	山口 三喜 (看護師)
利用定員	12名
通常の事業の実施地域	高知市(鏡・土佐山・春野は除く)

2. 運営方針

- (1) 要支援状態となった場合においても、その認知症である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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、高齢者虐待防止に取り組めます。
- (3) 居宅介護支援事業所、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町と綿密な連携を図り、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努め、利用者がより良い人生を送れるよう「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿った支援を行います。
- (4) 策定したBCP(事業継続計画)を運用し、感染症や災害が発生した場合でも継続してサービス提供できるよう取り組めます。
- (5) 職員が安心して働ける環境をつくり、継続して円滑にサービス提供できるようハラスメントの防止に努めます。

3. 職員体制

主な職員の職種	常勤	非常勤	備考
管理者	1名		
看護職員	1名以上	1名以上	
機能訓練指導員	1名以上	1名以上	
介護職員	1名以上		
生活相談員	1名以上		

4. 営業時間

月曜～土曜 (12月31日～1月3日を除く)	午前8時30分～午後5時30分
---------------------------	-----------------

* サービス提供時間は午前8時30分～午後5時00分です。

5. サービスの内容

- (1) 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）の内容に沿って「介護予防認知症対応型通所介護計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。
「介護予防認知症対応型通所介護計画」の作成に当たっては、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。「介護予防認知症対応型通所介護計画」を作成した際には、利用者に交付します。
- (2) 利用者に通っていただき、又は送迎します。送迎に関しての要望を伺い、適切な介護予防を提供します。諸事情により送迎を行わない場合は基準にそって対応します。
- (3) 食事に関する好みやご要望を伺い、食事の提供を行います。
- (4) 入浴を希望される方は、一般浴槽を使用して入浴できます。
- (5) サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供します。

6. サービス利用料金

- (1) 介護保険給付対象サービスにおける自己負担額（介護報酬告示上の額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。）

(介護報酬告示上の額)

1単位10円として表記

	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要支援1	741円	760円	861円	888円
要支援2	828円	851円	961円	991円
入浴介助加算Ⅰ	1日 40円			
入浴介助加算Ⅱ	1日 55円			
個別機能訓練加算Ⅰ	1日 27円			
個別機能訓練加算Ⅱ	1月 20円			
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	1回につき20円（6月に1回）			
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	1回につき5円（6月に1回） ※口腔機能向上加算・栄養改善加算を算定する場合			
口腔機能向上加算	1回 160円（3月以内 月2回まで）			
栄養改善加算	1回 200円（3月以内 月2回まで）			
生活機能向上連携加算Ⅰ・Ⅱ2	1月 100円（3月に1回）			
若年性認知症加算	1日 60円			
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回 22円 介護福祉士70%以上又は勤続10年以上介護福祉士25%以上			

- * 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）・・上記の所定単位数に加算率（15.0%）を乗じた単位数で算定します。ただし、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象からは除外されます。
- * 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)で定められた時間を基準とします。
- * 介護保険予防給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

(2) 食費（介護保険給付対象外サービス、全額自己負担）

種類	内容	利用料金
食費	食材料費（おやつ含む）と調理に要する光熱費	1日につき 500円

* 当日、10時30分以降に早めにお帰りになることが決まった場合、お食事を摂らなくても、通常のお食事代をご請求させていただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前月分の合計金額の請求書を毎月15日までに発行しますので、その月の末日までに、請求書をご持参のうえ、細木病院1階会計にてお支払いください。ご希望に方は郵便局の引き落としもご利用出来ます。

尚、利用料金のお支払いが3ヶ月以上遅延した場合は、サービスの利用継続について検討させていただきます。

7. キャンセル

利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用当日の朝8時30分までにご連絡ください。利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合を除き、ご連絡のない場合が続きますとサービスの提供を終了させていただく場合がありますのでご注意ください。

8. サービス利用に当たっての留意事項

設備、器具等の利用	事業所内の設備、器具等は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	喫煙は、所定の場所でお願います。なお、医療上、喫煙をお断りすることがあります。
迷惑行為等	他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	多額の現金、預金通帳その他貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。
所持品の持ち込み	原則として、着替え等身の回りの日用品に限らせていただきます。所持品には、お名前の記入をお願いします。

9. 相談窓口、苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口又は居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した介護支援専門員までお申立てください。

当事業所 お客様ご相談窓口	管理者 山口 三喜
	電話番号 088-826-9415 FAX番号 088-826-9415
	介護相談員（第三者委員） 近澤 仁夫
	電話番号 088-873-5584

- (2) 利用者及びその家族から苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容や利用者の意向等の確認及び記録を行います。
- (3) 苦情解決に当たっては、当該苦情の内容について事実調査のうえ、利用者及びその家族に対して、誠意をもって解決に努めます。
- (4) 公的機関においても、次の機関に対して、苦情の申立てができます。
なお、市町村については、お住まいの市町村の窓口にお申立てください。

高知市役所 介護保険課	所在地 高知市本町5-1-45
	電話番号 088-823-9972
	FAX番号 088-824-8390
	対応時間 午前8時30分～午後5時15分
高知県国民健康 保険団体連合会 (国保連)	所在地 高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号 088-820-8410・8411
	FAX番号 088-820-8413
	対応時間 午前9時00分～午後4時00分

10. 運営推進会議

- (1) サービスの提供に当たっては、協議会（運営推進会議）を設置し、協議会に対し活動状況を報告し、評価を受けるとともに、協議会から必要な要望。助言等を聞く機会を設けることを目的とします。
- (2) 利用者・利用者の家族、市町村の職員または当該事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域住民の代表者等で構成します。
- (3) おおむね6ヶ月に1回以上の開催とします。

11. 連携機関

細木病院

高知市上街・高知街・小高坂地域高齢者支援センター

ケアサポートセンターほそぎ

デイケアゆうゆう・デイケアアルテン

グループホーム赤とんぼ・ハッピー万々・西町・さくらんぼ

デイサービスいろは

訪問看護ステーションほそぎ

ホームヘルパーステーション城西

1 2. 緊急時等の対応

現にサービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師もしくは、家族又は利用者に係る居宅介護支援事業所への連絡を行う等の適切な措置を講じます。

1 3. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、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い、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録するとともに、適切な措置を講じます。
- (2) 利用者に対するサービス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。
- (3) 利用者の責に帰すべき事由によって事業者が損害を被った場合、利用者及びその家族は、連帯して、事業者に対しその損害を賠償しなければなりません。

1 4. 非常災害対策

- (1) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を備えるとともに、消防法令に従い、消防計画を立て、非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。
- (2) 防火管理者及び火元責任者は、事業所の管理者をあてるものとします。
- (3) 消火訓練、避難訓練その他必要な訓練を1年に1回以上行います。
- (4) 警報発令や業務停止命令等により休ませていただく場合があります。

1 5. 衛生管理

- (1) 使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意するものとします。また、事業所の職員は感染症に関する知識の習得のために、年1回以上研修に参加します。

1 6. 秘密保持

- (1) 事業所の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- (2) 事業所の職員が、職員でなくなった後においても同様に、秘密を保持します。

1 7. 法人の概要

名称	社会医療法人仁生会
代表者職氏名	理事長 細木秀美
所在地	高知市越前町1-10-17
電話番号	088-820-4100
事業の概要	細木病院、三愛病院、老人保健施設あうん高知、日高クリニック、ほそぎ診療所の運営等

1 8. 第三者評価の実施状況

- (1) 実施の有無 : 無

利用同意書

1. 社会医療法人仁生会デイサービスさくらんぼ（以下「事業者」という。）が提供する介護予防認知症対応型通所介護の利用を申込みます。
2. サービスの利用の開始に際し、重要事項説明書を受領し、その内容に関して事業者から説明を受け、十分に理解のうえ同意します。
3. 利用期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。
4. 契約期間満了日の1ヶ月前で、契約者及び事業所から更新拒絶の申し入れがない場合、本契約は従前と同一条件により自動更新されます。
5. 次のいずれかの事由に該当した場合は、サービスの提供を終了します。
 - (1) 上記の利用期間が満了したとき。
 - (2) 利用者の要支援認定区分が自立と認定されたとき。
 - (3) 利用者が死亡したとき。
 - (4) 利用者からサービスの利用の終了の申出があったとき。
 - (5) 利用者の著しい不信行為又は介護保険制度の趣旨に反する希望により、サービスの提供を継続することが困難になったとき。

6. 個人情報の利用

利用者へのサービス提供その他の場合に必要な利用者及び利用者の家族の個人情報の利用については、以下に記載するところにより同意します。

(1) 利用目的

①事業者の内部での利用

- ア. 事業者が利用者等に提供するサービス
- イ. 介護保険事務
- ウ. 利用者に係る事業者の管理運営業務のうち、
 - ・利用開始又は休止、終了等の管理
 - ・会計、経理
 - ・事故等の報告
 - ・サービスの向上

- ・サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- ・学生の実習への協力
- ・症例研究

②他の事業者等への情報提供に係る利用

ア. 事業者が利用者等に提供するサービスのうち、

- ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
- ・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携、共同してサービスを提供する場合
- ・サービスの提供に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・家族等への心身の状況説明
- ・外部監査機関への情報提供

イ. 介護保険事務のうち、

- ・審査支払機関への請求書等の提出
- ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答

ウ. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

エ. 厚生労働省への心身の状況等に係る基本的な情報提出等

(2) 条件

- ①個人データの提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ②利用者は、利用目的の中で同意しがたいものがある場合には、その事項について、あらかじめ利用者の明確な同意を得るよう事業者を求めることができること。
- ③利用者が、②の意思表示を行わない場合は、利用目的について利用者の同意を得られたものとする。
- ④同意及び留保は、その後、利用者からの申出により、いつでも変更することが可能であること。

(3) 開示

- ①事業者は、利用者から、所定の様式による申出により、当該利用者が識別される保有個人データの開示を求められたときは、利用者に対し、遅滞なく、当該保有個人データを開示すること。
- ②当該保有個人データの開示を求め得る者は、原則として利用者本人とするが、次に掲げる場合には、利用者本人以外の者が利用者に代わって開示を求めることができるものとする。
 - ・利用者の法定代理人又は開示等の求めをするにつき、利用者が委任した代理人。

- ・利用者の判断能力に疑義がある場合、現実に利用者の世話をしている家族。
- ③利用者が死亡した場合、当該保有個人データの開示を求め得る者の範囲は、利用者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者（これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む。）とすること。なお、個人情報の提供に当たっては、利用者本人の生前の意思、名誉等を十分に尊重すること。
 - ④事業者は、利用者又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがあるなどの場合には、当該保有個人データの全部又は一部を開示しないことができること。
 - ⑤利用者は、開示に際しては、手数料を支払うこと。
- (4) 開示に関する問い合わせや申請等については、細木病院の診療情報課（088-822-7211 内線 5641）が窓口となって受け付けます。
- (5) この他厚生労働省による「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ドライン」及び「診療情報の提供等に関する指針」に基づいて、個人情報を適切に取扱います。

同意を証するため、本書2通を作成し、利用者は記名、事業者は記名押印のうえ、1通ずつ、保管するものとします。

令和 年 月 日

利用者 住 所

TEL

氏 名

利用者の家族
又は、代理人 住 所

TEL

氏 名

利用者との続柄

<事業者> 所在地 高知市上町3丁目4-24
TEL 088-826-9415
名称 デイサービスさくらんぼ
代表者 社会医療法人仁生会
理事長 細木秀美 印

説明者 印