

デイサービスセンターみの通所介護重要事項説明書
(令和6年4月1日現在)

<別紙1>

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人三野福祉会
- (2) 法人所在地 香川県三豊市三野町大見乙 91 番地 8
- (3) 電話番号 0875-72-1200
- (4) 代表者氏名 理事長 香川 秋訓
- (5) 設立年月 平成4年7月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
平成12年2月18日指定
香川県 3771700535 号
※当事業所は特別養護老人ホームみののに併設されています。
- (2) 事業所の目的 利用者に対し、社会的孤立感を解消し、心身機能の維持向上、また介護している家族の負担の軽減を図ります。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターみの
- (4) 事業所の所在地 香川県三豊市三野町大見乙 91 番地 12
- (5) 電話番号 0875-72-1431
- (6) 事業所長(管理者) 施設長 森 眞智子
- (7) 当事業所の運営方針 利用者の心身の特性をふまえて、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および機能訓練を行うことにより、社会的孤立感の解消および心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図るものとします。
当事業所の実施に当たっては、関係市町、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るものとします。
- (8) 開設年月 平成5年4月1日
- (9) 利用定員 一般型 20人

3. 事業実施地域および営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 三豊市
善通寺市
仲多度郡多度津町
- (2) 営業日および営業時間
 - ① 営業日 月曜日～土曜日
ただし、12月31日～1月3日を除く。
なお、通常の営業日以外の日において、営業する必要がある場合は、少なくとも営業しようとする日の1月前までに周知し、営業することとします。
 - ② 営業時間 7時間以上8時間未満
電話等により24時間常時連絡が可能な体制です。

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

- ① 管理者 1名(併設の特養施設長と兼務)
- ② 生活相談員 1名以上
- ③ 介護職員 2名以上
- ④ 看護職員 1名以上
- ⑤ 機能訓練指導員 1名以上
- ⑥ 事務職員 1名以上

5. サービスの概要と利用料金

(1) サービスの概要

利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

- ① 食事の介助 食事の時間 12:00～13:00
- ② 入浴
- ③ 排泄
- ④ 機能訓練
- ⑤ 送迎
- ⑥ 個別機能訓練

(2) 利用料金

介護報酬改定に伴う利用料金が設定されています。

別紙3をご確認下さい。

(3) お支払い方法

- ・毎月10日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の27日までにお支払い下さい。入金確認後、領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、金融機関口座自動引き落としとなります。自動引き落としできなかった場合は、事務所まで現金で持参していただくようになります。

6. ハラスメント対策

当事業所は、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また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る従業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。

ハラスメントに対する相談窓口を設置しています。

7. 高齢者虐待防止

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な処置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定します。
虐待防止に関する責任者：高齢者虐待防止委員会委員長
虐待防止に関する担当者：主任理学療法士 曾根一樹
- ② 職員間の注意喚起を徹底します。
- ③ 日頃の些細なことに気付いて報告し、職員間で共有します。
- ④ トラブルやミス（ニアミス）を、統括主任・主任・副主任に報告・相談するように周知します。
- ⑤ 職員への勉強会・研修会を実施します。
- ⑥ サービス向上委員会で課題把握（集計・分析）し、運営改善に取り組みます。
必要時、全職員へチェックリストを実施します。
職員のメンタルヘルスに関する組織的な取り組みを行います。
- ⑦ 指針およびマニュアルの定期的な見直しと周知を行います。

8. 守秘義務および個人情報の保護

当事業所と従業員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用または代理人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙2のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連絡
- ② 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ③ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ④ 生命・身体または財産の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合）

9. 記録について

当事業所は、利用者へのサービス提供に関する記録を作成し、その記録を完結日から5年間保管することとします。

10. 第三者評価の実施状況 （有・無）

<実施年月日>

〈実施機関〉

〈実施評価〉

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・ 苦情受付窓口 (担当者) [職名] 主任理学療法士 曾根一樹
- ・ 電話番号 080-7631-7738
- ・ 受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 社会福祉法人三野福祉会サービス苦情解決第三者委員会

- ・ 三野町大見 建林 伊都子 (TEL 0875-72-3446)
- ・ 三野町下高瀬 市村 照美 (TEL 0875-73-5844)
- ・ 三野町吉津 細川 芳樹 (TEL 0875-73-4334)

(3) 行政機関その他苦情受付機関

三豊市役所 介護保険課	所在地 香川県三豊市高瀬町下勝間 2373 番地 1 電話番号・FAX 0875-73-3017・0875-73-3023 受付時間 平日 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 香川県高松市福岡町 2 丁目 3 番 2 号 電話番号・FAX 087-822-7431・087-822-6023 受付時間 平日 9:00～17:00
香川県運営適正化委員会	所在地 香川県高松市番町 1 丁目 10 番 35 号 電話番号・FAX 087-861-1300 受付時間 平日 9:00～17:00
香川県健康福祉部 長寿社会対策課	所在地 香川県高松市番町 4 丁目 1 番 10 号 電話番号・FAX 087-832-3269・087-806-0206 受付時間 平日 8:30～17:15

12. 事故発生時の対応

当事業所は、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、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、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

13. 緊急時の対応方法

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

個人情報の利用目的

デイサービスセンターみの通所介護

では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔通所介護事業所内部での利用〕

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務のうち
 - －通所開始、中止等の管理
 - －会計、経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用〕

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －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
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・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

【上記以外の利用目的】

〔当事業所の内部での利用〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスの業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当事業所において行なわれる学生の実習への協力
 - －当事業所において行なわれる実例研究
- 〔他の事業者等への情報提供に係る利用〕
- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

デイサービスセンターみの 通所介護利用同意書

デイサービスセンターみの通所介護を利用するにあたり、利用契約書及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4を受領し、これらの内容に関して、下記の職員による説明を受け、十分に理解した上で同意します。また、サービス担当者会議において個人情報を用いることにも同意します。

年 月 日

<説明者> 氏 名 _____

<利用者> 氏 名 _____

<代理人> 続 柄 _____

氏 名 _____

デイサービスセンターみの
社会福祉法人三野福社会
理事長 香川 秋訓 殿

【本契約第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【本契約第9条緊急時及び事故発生時の連絡先】

家 族

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

主治医

医療機関名			
主治医氏名		電話番号	

【別紙4】 どちらかに☑を付けて下さい。

- 医療行為について
 - 同意する
 - 同意しない
 - 該当しない
 - 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）
 - 点眼薬の点眼
 - 一包化された内服薬の内服
 - 肛門からの座薬挿入
 - 鼻腔粘膜への薬剤噴霧
- 肖像権使用について
 - 同意する
 - 同意しない
- 抗原検査について
 - 同意する
 - 同意しない

デイサービスセンターみの 通所介護利用同意書

デイサービスセンターみの通所介護を利用するにあたり、利用契約書及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4を受領し、これらの内容に関して、下記の職員による説明を受け、十分に理解した上で同意します。また、サービス担当者会議において個人情報を用いることにも同意します。

年 月 日

<説明者> 氏 名 _____

<利用者> 氏 名 _____

<代理人> 続 柄 _____

氏 名 _____

デイサービスセンターみの
 社会福祉法人三野福祉会
 理事長 香川 秋訓 殿

以下の①、②に変更がなければ、「変更なし」に✓をつけて下さい。変更がない場合は① ②は記入不要です。

変更なし

①【本契約第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

②【本契約第9条緊急時及び事故発生時の連絡先】

家 族

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

主治医

医療機関名			
主治医氏名		電話番号	

【別紙4】 どちらかに☑を付けて下さい。

- 医療行為について
 - 同意する
 - 同意しない
 - 該当しない
 - 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）
 - 点眼薬の点眼
 - 一包化された内服薬の内服
 - 肛門からの座薬挿入
 - 鼻腔粘膜への薬剤噴霧
- 肖像権使用について
 - 同意する
 - 同意しない
- 抗原検査について
 - 同意する
 - 同意しない

1. 介護職員が医師の指示のもとに行う医療行為

- ① 入所者・利用者の状態が安定している
- ② 副作用の危険性や投薬量の調整の必要がない
- ③ 内服薬については誤嚥の可能性がなく、一包化されている
座薬については肛門からの出血の可能性がない
- ④ 薬品の内容と使用方法について専門的配慮がいらぬ
①から④の条件を満たしていることの説明を受けました

内 容	ア 軟膏を皮膚に塗布する
	イ 点眼薬を点眼する
	ウ 肛門から座薬を挿入する
	エ 指示された薬剤の内服介助をする
	オ 吸入（鼻腔・口腔への薬剤噴霧）の介助をする
	カ 湿布薬を貼付する

2. 肖像権使用

社会福祉法人三野福祉会が実施する事業紹介や、当法人の取り組み等を紹介する用途に限り、三野福祉会で撮影しましたご利用者様の写真・映像を使用させていただく場合がございます。ご理解・ご協力をお願いいたします。

3. 新型コロナウイルス抗原検査実施

サービスを利用するにあたり、場合によっては新型コロナウイルス抗原検査を実施することがあります。また、自己負担が発生する場合があります。

デイサービスセンターみの 介護予防・日常生活支援総合事業通所事業重要事項説明書
(令和6年4月1日現在)

<別紙1>

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人三野福祉会
- (2) 法人所在地 香川県三豊市三野町大見乙 91 番地 8
- (3) 電話番号 0875-72-1200
- (4) 代表者氏名 理事長 香川 秋訓
- (5) 設立年月日 平成4年7月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防通所介護事業所
平成18年3月31日指定 香川県3771700535号
※当事業所は特別養護老人ホームみのに併設されています。
- (2) 事業所の目的 要支援高齢者に対し、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、自立を支援し、生活の質の向上に資するサービスを提供します。利用者の意欲を高める働きかけを行い、自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターみの
- (4) 事業所の所在地 香川県三豊市三野町大見乙 91 番地 12
- (5) 電話番号 0875-72-1431
- (6) 事業所長(管理者) 氏名 施設長 森 眞智子
- (7) 当事業所の運営方針 利用者の心身状況等を把握し、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた個別計画を作成します。個別計画の実施状況を把握(モニタリング)し、結果を指定介護予防支援事業者へ報告します。
- (8) 開設年月 平成5年4月1日
- (9) 利用定員 一般型 20人

3. 事業実施地域および営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 三豊市
- (2) 営業日および営業時間
 - ① 営業日 月曜日～土曜日
ただし、12月31日～1月3日を除く。なお、通常の営業日以外の日において、営業する必要が生じた場合は、少なくとも営業しようとする日の1ヶ月前までに周知し、営業することとする。
 - ② 営業時間 7時間以上8時間未満
電話等により24時間常時連絡が可能な体制です。

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

- ① 管理者 1名(併設の特養施設長と兼務)
- ② 生活相談員 1名以上
- ③ 介護職員 2名以上
- ④ 看護職員 1名以上
- ⑤ 機能訓練指導員 1名以上
- ⑥ 事務職員 1名以上

5. サービスの概要と利用料金

(1) サービスの概要

利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

- ① 食事の介助
食事の時間 12:00～13:00
- ② 入浴介助
- ③ 送迎

- ④ 若年性認知症利用者受入
- ⑤ 運動器機能向上

(2) 利用料金

介護報酬改定に伴う利用料金が設定されています。
別紙3をご確認下さい。

(3) お支払い方法

- ・毎月10日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の27日までにお支払い下さい。入金確認後、領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、金融機関口座自動引き落としとなります。自動引き落としできなかった場合は、事務所まで現金で持参していただくようになります。

6. ハラスメント対策

当事業所は、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また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る従業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。

ハラスメントに対する相談窓口を設置しています。

7. 高齢者虐待防止

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な処置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定します。
虐待防止に関する責任者：高齢者虐待防止委員会委員長
虐待防止に関する担当者：主任理学療法士 曾根一樹
- ② 職員間の注意喚起を徹底します。
- ③ 日頃の些細なことに気付いて報告し、職員間で共有します。
- ④ トラブルやミス（ニアミス）を、統括主任・主任・副主任に報告・相談するように周知します。
- ⑤ 職員への勉強会・研修会を実施します。
- ⑥ サービス向上委員会で課題把握（集計・分析）し、運営改善に取り組みます。
必要時、全職員へチェックリストを実施します。
職員のメンタルヘルスに関する組織的な取り組みを行います。
- ⑦ 指針およびマニュアルの定期的な見直しと周知を行います。

8. 守秘義務および個人情報の保護

当事業所と従業員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者または代理人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙2のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体または財産の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

9. 記録について

当事業所は、利用者へのサービス提供に関する記録を作成し、その記録を5年間保管することとします。

10. 第三者評価の実施状況（有・無）

＜実施年月日＞ _____

＜評価機関＞ _____

＜評価結果＞ _____

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・苦情受付窓口 (担当者) [職名] 主任理学療法士 曾根一樹
- ・電話番号 080-7631-7738
- ・受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 社会福祉法人三野福祉会サービス苦情解決第三者委員

- ・三野町大見 建林 伊都子 (TEL 0875-72-3446)
- ・三野町下高瀬 市村 照美 (TEL 0875-73-5844)
- ・三野町吉津 細川 芳樹 (TEL 0875-73-4334)

(3) 行政機関その他苦情受付機関

三豊市役所 介護保険課	所在地 香川県三豊市高瀬町下勝間 2373 番地 1 電話番号・FAX 0875-73-3017・0875-73-3023 受付時間 平日 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 香川県高松市福岡町 2 丁目 3 番 2 号 電話番号・FAX 087-822-7431・087-822-6023 受付時間 平日 9:00～17:00
香川県運営適正化委員会	所在地 香川県高松市番町 1 丁目 10 番 35 号 電話番号・FAX 087-861-1300 受付時間 平日 9:00～17:00
香川県健康福祉部 長寿社会対策課	所在地 香川県高松市番町 4 丁目 1 番 10 号 電話番号・FAX 087-832-3269・087-806-0206 受付時間 平日 8:30～17:15

12. 事故発生時の対応

当事業所は、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、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、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

13. 緊急時の対応方法

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

個人情報の利用目的

デイサービスセンターみの介護予防・日常生活支援総合事業通所事業では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔通所介護事業所内部での利用〕

- ・当事業所が利用者に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者等に係る当事業所の管理運営業務のうち
 - －通所開始、中止等の管理
 - －会計、経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用〕

- ・当事業所が利用者に提供する介護サービスのうち
 - －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
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・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

【上記以外の利用目的】

〔当事業所の内部での利用〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスの業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当事業所において行なわれる学生の実習への協力
 - －当事業所において行なわれる実例研究
- 〔他の事業者等への情報提供に係る利用〕
- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

デイサービスセンターみの 介護予防・日常生活支援総合事業通所事業利用同意書

デイサービスセンターみの介護予防・日常生活支援総合事業通所事業を利用するにあたり、利用契約書及び別紙 1、別紙 2、別紙 3、別紙 4 を受領し、これらの内容に関して、下記の職員による説明を受け、十分に理解した上で同意します。また、サービス担当者会議において個人情報を用いることにも同意します。

年 月 日

<説明者> 氏 名 _____

<利用者> 氏 名 _____

<代理人> 続 柄 _____

氏 名 _____

デイサービスセンターみの
社会福祉法人三野福社会
理事長 香川 秋訓 殿

以下の①、②に変更がなければ、「変更なし」に✓をつけて下さい。変更がない場合は① ②は記入不要です。

変更なし

① 【本契約第 6 条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

② 【本契約第 9 条緊急時及び事故発生時の連絡先】

家 族

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

主治医

医療機関名			
主治医氏名		電話番号	

【別紙 4】 どちらかに☑を付けて下さい。

- 医行為について
 - 同意する 同意しない 該当しない
 - 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）
 - 点眼薬の点眼
 - 一包化された内服薬の内服
 - 肛門からの座薬挿入
 - 鼻腔粘膜への薬剤噴霧

- 肖像権使用について 同意する 同意しない

- 抗原検査について 同意する 同意しない