

ひめゆりデイサービスセンター通所介護事業所重要事項説明書

事業所の概要

事業所名	医療法人徳洲会 ひめゆりデイサービスセンター通所介護事業所
開設年月日	平成14年5月1日
代表者	理事長 東上 震一
管理者名	新垣 亜樹
所在地	沖縄県糸満市字伊原107-1
電話番号	098-997-3702
FAX番号	098-997-3703
介護保険指定番号	4711010522号

1. 事業所の目的と運営方針

(1) 事業の目的

事業所の生活指導員及び看護師、准看護師等の「看護職員」、介護職員、機能訓練指導員が、要介護状態にある高齢者等に対し、適正な通所介護事業を提供することを目的とする。

(2) 事業の運営方針

1. 事業所の通所介護従業者は、要介護状態等の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する機能に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。
2. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

2. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 元旦を除く
休日	日曜日、年末年始（12/31～1/3）
営業時間	08：30～17：00
サービス提供時間	09：30～15：45

3. 実施地域

糸満市・八重瀬町・豊見城市

4. 職員体制

事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次の通りとする。

1. 管理者1名

管理者は事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うものとする。

2. 従業者

生活相談員	2名以上（うち常勤専従1名）
看護職員	2名以上（うち常勤専従1名）
介護職員	8名以上（うち常勤専従5名以上）
機能訓練指導員	2名以上（うち常勤専従1名）

従業者は、指定通所介護の提供に当たる。

5. 利用定員数 1日40名

6. 通所介護についての概要

利用者に関わる従事者の協議によって、通所介護計画が作成されますが、その際、利用者・ご家族の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

7. サービス内容

- ①サービス計画の立案・作成
- ②食事 昼食12時00分～ おやつ15時15分～
- ③入浴
- ④健康チェック
- ⑤身体介護
- ⑥機能訓練
- ⑦相談援助サービス
- ⑧その他

8. 利用料金 通所介護（通常規模）

通所介護基本料金	1日あたりの利用料金		1日あたりの自己負担額	
	要介護1	5,810 円	要介護1	581 円
	要介護2	6,860 円	要介護2	686 円
	要介護3	7,920 円	要介護3	792 円
	要介護4	8,970 円	要介護4	897 円
	要介護5	10,030 円	要介護5	1003 円
入浴介助加算Ⅰ	1回あたり	400 円	1回あたり	40 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	1回あたり	560 円	1回あたり	56 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回につき	220 円	1回につき	22 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	5.9%	1月につき	5.9%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1月につき	1.2%	1月につき	1.2%
介護職員等ベースアップ支援加算	1月につき	1.1%	1月につき	1.1%

保険外給付サービスの利用料

項目	利用料
食事・おやつ代	1食あたり 400円
日常生活用品費	おむつ代、レクレーションにかかる費用は自己負担となります。

9. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) サービス利用にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、及び利用当日の健康状態を職員に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けられるようにする。
- (2) お休みされる際は、早めに連絡をお願いします。
- (3) 共有の施設等の迷惑にならないようにする。
- (4) 通常の活動に金銭は必要ありません。金銭、貴重品はお持ちにならない様をお願いします。

- (5) 飲酒は遠慮ください。
- (6) サービス利用中、個人での外出は出来ません。またやむを得ず退出する場合は、管理者の許可が必要となります。

10. 送迎について

- (1) 送迎車の巡回時間、定員、道路事情等によりご希望にそえない場合がありますのでご了承下さい。
- (2) 送迎職員到着後、体調不良を除き、準備ができていない場合は長時間待つことは出来ませんので御了承下さい。
- (3) 原則として、玄関でのお迎え、玄関までのお送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様との話し合いを行い、当事業所で提供できる範囲内の送迎を提供させていただきます。その場合は、同意書へ記載いたします。

11. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

12. 非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行う。

13. 損害賠償

事業所は、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行う。

14. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、ご家族、主治医、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

15. 支払い方法

口座振替でのお支払いをして頂きます。窓口でのお支払いをご希望される場合は、月末までにお支払い下さい。

16. 要望及び苦情等の相談窓口

電 話：098-997-3702
担 当：新垣 亜樹

受付時間：月曜日～土曜日 午前9時～午後5時

※要望や苦情などは、相談担当者にお寄せいただければ対応いたしますが「ご意見箱」をご利用いただくこともできます。

17. 高齢者虐待防止

「高齢者虐待の防止高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の規程により、高齢者虐待を発見した場合は必要な措置を講じます。

18. 個人情報保護の取り組みについて

- (1) 個人情報の取得にあたっては、その利用目的を明示し、利用目的を達成するために必要な限度を超えない範囲で行います。
- (2) 保有個人情報の紛失、漏えい、改ざん及び不正なアクセス等のリスクに対して、必要な安全対策、予防措置を講じて適切な管理を行います。
- (3) 保有個人情報の開示、訂正、利用停止、削除等の申出がある場合には速やかに対応します。
- (4) 個人情報に関する取り組みは継続に見直し、改善、向上に努めます。

19. 通所介護事業に関する相談・苦情について

【行政の窓口】 沖縄県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口

電話番号 098-860-9026

【市町村の窓口】 糸満市 介護長寿課

電話番号 098-840-8133

その他の市町村は市役所・役場に問い合わせしてください。

20. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

医療法人徳洲会 ひめゆりデイサービスセンター 改定 令和6年 3月 1日
--

ひめゆりデイサービスセンター通所介護事業所の同意書

ひめゆりデイサービスセンター通所介護を利用するにあたり、通所介護事業所重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

ご利用者	住所			
	氏名	㊞		

署名代行者	住所			
	氏名	㊞	続柄	
代筆理由				

【緊急時の連絡先】

住所		続柄	
氏名			
電話番号			

住所		続柄	
氏名			
電話番号			

通所介護の開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項説明書の説明をしました。

説明者（職） _____ ㊞

同意日 令和 年 月 日

医療法人徳洲会 ひめゆりデイサービスセンター 改定日 令和6年 3月 1日
--

送迎に関する同意書

送迎について

- ① 原則として、玄関でのお迎え、玄関までのお送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、家族様との話し合いを行い、当事業所で提供できる範囲内の送迎を提供させていただきます。
- ② 送迎職員到着後、体調不良を除き、準備ができていない場合は長時間待つことは出来ません。他の利用者様にも、ご迷惑をかけ、送迎の対応ができなくなる場合もあります。スムーズで安全な送迎を行うためにご理解とご協力をお願い致します。
- ③ 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。
- ④ 送迎時には、自宅にて一人では、転倒などの危険が考えられる為、家族様への引き継ぎをお願いしておりますのでご協力下さい。

お送り時

時間帯 16:00 頃

家族不在の場合は指定の場所まで希望する。

()

※自宅へお送りした際の家族様不在時に転倒などの事故の責任は一切負いかねます。

上記の説明を受け、確認の上、同意いたします。

記入日 令和 年 月 日 説明者名 ⑩

利用者名 ⑩

同意者名 ⑩ 続柄

個人情報使用同意書

1. 使用する目的

- 1) 利用者の方へ提供する介護保険サービス
- 2) 介護保険事務・会計・経理
- 3) 介護保険事故等の報告
- 4) 事業所内実習生への協力
- 5) サービスの質の向上を目的とした研究会
- 6) 病院・診療所・訪問看護ステーション・介護サービス事業者との連携
- 7) 利用者の診療等の為、医師等の意見・助言を求める場合
- 8) ご家族への介護プランの説明
- 9) 審査支払機関へのレセプトの提供、または保険者からの照会への回答
- 10) 介護保険などに係る、介護に関する専門の団体や保険会社への相談または届出等
- 11) 介護サービスの業務維持・改善の為の基礎資料
- 12) 監査機関への情報提供
- 13) 事業所広報誌等（SNS）への写真等の掲載
- 14) その他利用者に係る管理運営事務

※お申し出がないものについては、同意いただいたものとして取り扱いさせていただきます。
これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更などを行うことができます。

私（利用者及び利用者の家族）の個人情報については、
上記の記載するところによりひめゆりクリニック デイサービスセンターが
必要最小の範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

本人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄（ ）

代行理由 _____

ご家族代表者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄（ ）