

# **重要事項説明書**

**地域密着型通所介護**

合同会社 Line  
デイサービス なかゆくい処 具志

# 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して通所介護サービスを提供します。当事所の概要や提供されるサービス内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

## 1. 事業所の概要

事業所名称	デイサービス なかゆくい処 具志
所在地	沖縄県那覇市具志 2 丁目 20 番 61 号
電話番号およびFAX 番号	電話番号 : 098-952-4555
開設年月日	令和 4 年 5 月 1 日
介護保険事業者番号	4790100723

## 2. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者が要介護状態となった場合において、入浴、食事、機能訓練（レクレーション活動など）サービス等を提供することにより、利用者の心身機能の維持を図り、介護している家族の負担軽減を図ります。
運営の方針	職員は、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、自立した日常生活が出来る様、必要な日常生活の上の世話及び機能訓練を行います。さらに、社会的孤立感の解消及び家族の身体的、精神的負担の軽減できるよう、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。

## 3. 従業員の職種、員数、職務の内容

従業者の職種	員数	業務内容
管理者（兼務）	1 名以上	管理総括
生活相談員（兼務）	1 名以上	利用者の生活相談、各種社会資源の情報提供等
看護師（兼務）	1 名以上	バイタルチェック／利用者の健康管理 健康相談、機能訓練の実行等
機能訓練指導員（兼務）	1 名以上	機能評価／機能訓練の指導 プログラム立案実行
介護職	1 名以上	生活介助、レクリエーションなどの現場業務全般

#### 4. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝祭日を含む） (但し日曜日、1/1～1/3、天災発生時（台風等）を除く)
営業時間	午前 8 時 00 分～午後 5 時 00 分
サービス提供時間	午前 8 時 30 分～午後 16 時 00 分

#### 5. 利用定員

通所介護利用定員を 10 名とする。

#### 6. サービス内容

① 日常生活上の援助	日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行います。 ① 食事の介助 ② 排泄の介助 ③ 移動の介助 ④ 口腔ケア ⑤ 休養等
② 健康状態の確認	体温、脈拍、血圧等を看護師が測定し健康状態の確認をします。
③ 機能訓練	利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練並びに利用者の心身の活性化を図るための各種サービスを提供します。 ① 日常生活動作に関する訓練 ② レクレーション ② グループワーク ④ 行事的活動 ⑤ 体操 ⑥ 趣味活動
④ 送迎	ご希望の方へ送迎を行います。また、必要に応じて送迎車両への昇降及び移動の介助を行ないます。
⑤ 入浴	身体の状態に応じて入浴を行います。
⑥ 食事	栄養状態並び身体の状況を考慮して食事を提供します。
⑦ 相談・援助	介護上の悩みなどなんでもご相談ください。

#### 7. 利用料金

※別途資料参照

#### 8. 食事代

一食に付き 500 円（おやつ代を含む）

※急な休みの際、場合によっては食事代の発生あります。

#### 9. その他諸経費

- ① 利用者の希望に応じた特別の食材に関しては実費を徴収します。
- ② オムツ代 パット：30 円／1 枚 パンツタイプ：100 円／1 枚  
( 替えをお持ち頂いた場合は除きます。 )
- ③ その他、諸経費（レク材料費、外出費）については別途徴収します。

## 10. キャンセル

ご通所日に何らかの理由でお休みになられる場合は、午前8時00分までに連絡をください。尚、キャンセル料はいただけません。

## 11. 実施地域

那覇市

## 12. サービス利用に当たっての留意事項

① 外出	サービス提供時間内は、個人での外出はできません。
② 設備・器具の利用	施設内の設備・器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反するご利用により、破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。
③ 喫煙	決められた場所以外ではできません。
④ 迷惑行為	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮お願いします。
⑤ 金銭・貴重品の管理	利用者の金銭および貴重品の管理はできません。 紛失されても責任を負えません。
⑥ 宗教・政治活動	施設内では、他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
⑦ 危険物・動物等の持ち込み	施設内への危険物・動物等の持ち込みは禁止します。
⑧ 物の売買・物々交換行為	施設内で、利用者同士の商品の売買・物々交換行為は固く禁じられています。行為があった際には、責任を負えません。

## 13. 緊急時の対応

- ① サービス提供中に利用者の病状が急変した場合その他必要な場合は、速やかに利用者の緊急連絡先に連絡をとり、主治医又は協力医療機関と連絡を取り必要な措置をとります。
- ② 緊急連絡先及び主治医については、予め指定された連絡先に連絡いたします。

## 14. 事故発生時の対応 \*別紙参照\*

- ① サービス提供中に利用者が事故が発生した場合、速やかに事故の状況を把握し市町村に連絡を行い、管理者に状況報告します。  
緊急を要する場合、家族に連絡し救急車対応もしくは、病院受診を行う。  
ケアマネージャーに連絡し状況報告します。
- ③ 管理者は、利用者に対するサービス提供中に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います。

## 15. 衛生管理等

- ① 事業者は、利用者の使用する施設、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、または衛生上必要な措置を講じます。
- ② 事業者は、当該事業所において感染症が発生、又はまん延しないように必要な

措置を講ずるよう努めます。

・従業者に対し、衛生管理マニュアルを周知し、定期的に見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

- ③ 年に1回の職員健康診断を実施します。

## 16. 非常災害等の対応

サービス提供中に、利用者に天災その他災害が発生した場合、避難等の措置を講ずる他、管理者に連絡の上その指示に従います。

## 17. 業務継続計画

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護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業務継続計画を策定し次に掲げる措置を講じる。

- ① 従業者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実施する。
  - ・年に1回 BCP 研修
  - ・年に1回 BCP 訓練
- ②定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行う。

## 18. 身体拘束廃止

事業所は当該利用者又は他の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、利用者に対する拘束その他の行動を制限する事を行わない。やむを得ず行う場合には、時間帯・期間などを記載した説明書を作成し署名・捺印して頂き、経過観察記録・検討記録の公表をします。

## 19. 虐待防止

事業所はサービス提供中に従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護するもの）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には速やかに市町村又は地域包括支援センターに通報する。

## 20. 認知症ケア

事業所は認知症に関する十分な知識と理解を習得し専門性と資質の確保・向上を目的とし定期的に研修を実施する。

## 21. ハラスメントの禁止

事業者は適切な地域密着型通所介護の提供を確保する観点から、従業者及び利用者・家族において身体的・精神的攻撃、人間関係の切り離し、過大、過小な要求、個の侵害、性的な行動により環境が害されることを防止するための方針を明確化及び従業者への周知、研修の実施等の必要な措置を講ずるものとする。

（相談窓口）

事業所管理者： 川満亜紀 098-952-4555 8:00～17:00（日曜・1/1（元旦）天災害時は除く）

## **22. 秘密保持**

- ① 管理者及び当事業所の従業者は、正当な理由がない限り、利用者に対する通所介護サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。
- ② 管理者は、当事業所の従業者が退職後、在職中知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らすことがないよう雇用契約時に誓約書を取り交わします。
- ③ 管理者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を得、又利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該の家族から同意を得ない限り、担当者会議等において、利用者又は利用者の家族の個人情報を用いません。

## **23. 記録の整備**

事業者は利用者に対する事業の提供に関する次の定める記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとします。また、利用者又はその代理人からの申し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これを開示し、利用者又はその代理人が希望する場合には実費で複写物を交付するものとします。

- ① 地域密着型通所介護計画
- ② 提供した具体的なサービス内容等の記録
- ③ 利用者に関する市町村への通知に係る記録
- ④ 苦情内容等に関する記録
- ⑤ 事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録
- ⑥ 報告、評価、要望、助言等の記録

## **24. 利益供与の禁止**

事業所並びに事業所の職員は居宅介護支援事業又はその従業者に対して介護被保険者に該当事業所を紹介する事等への謝礼として金品、その他の財産上の利益を供与してはならない。

## **25. その他運営に関する事項**

事業所は従業員の資質向上を図るため定期的な研修会の実施をします。

運営推進会議を年2回実施します。

第三者評価の実施状況⇒ 実施なし。

認知症基礎研修 採用後1年以内（医療・福祉関係の資格を有さない介護職員）

## **26. 自費での利用者に関して**

- ① 実費負担額は当事業所が定める額といたします。
- ② 当事業所は、介護保険を利用する方への介護サービス提供者と定められており、新たな要介護者の受け入れ要請が来た場合、ご利用回数を調整させていただく場合があります。

## **27. サービス提供に関する相談・苦情窓口**

利用者又は家族からの相談、苦情に対しては迅速かつ適切に対応いたします。

相談・苦情相談責任者	管理者 川満亜紀
窓口問合せ電話番号	098-952-4555
窓口対応時間	午前8時00分から午後5時00分
窓口対応曜日	月曜日から土曜日（祝祭日を含む） ※但し、日曜日、1/1（元旦）、天災害時は除きます。
ご利用方法	電話受付・直接当事業所にて面談・当事業所に設置した相談・苦情受付用紙に記入専用箱へ投函

利用者からの苦情に対しての解決に向けて調査を実施し改善の措置を講じ、利用者及び家族に説明するもとする。また、苦情結果については、個人情報を配慮した上、事業所内で公表を行う。

当デイサービス以外に、市町村の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

那覇市 ちやーがんじゅう課	098-862-9010	8:30 ~ 17:15 (土日祝日を除く)
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	098-860-9026	8:30 ~ 17:00 (土日祝日を除く)
沖縄県福祉サービス運営適正化 委員会	098-882-5704	8:30 ~ 17:00 (土日祝日を除く)

当事業者は、通所介護サービス内容及び重要事項の説明、交付をいたしました。

令和 年 月 日

事業者 合同会社 Line  
代表取締役 真栄田 義明

事業所名 デイサービス なかゆくい処 具志

所在地 那覇市具志2丁目20番61号

事業者番号 4790100723

説明者 職名 \_\_\_\_\_ 管理者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 川満 亜紀 印

私は、重要事項説明書を受領し、サービス内容について説明を受けました。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄)

# 個人情報取り扱い同意書

事業者は、当事業所の介護サービス（以下この項目において「サービス」といいます）を利用するご利用者等の個人情報を、以下の目的で利用します。当事業所が保有する利用者及びその家族に関する個人情報については、正当な理由なく第3者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

## <個人情報利用目的>

### 事業所内での利用目的

- 適切なサービスを円滑に行うために、事業所内で情報共有や職員研修をするため
- 利用者に提供する介護サービスの記録を行うため
- サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きのため
- サービス利用にかかる管理運営のうち、入退所の管理、会計、経理、事故等の報告のため

### 他の事業所等への情報共有を伴う目的

- 他の居宅サービス事業所や居宅支援事業所との連携（サービス担当者会議やカンファレンス等）、照会への回答のため
- テレビ電話装置等を活用した他の居宅サービス事業所や病院、施設との連携、説明・報告のため
- ご家族及び後見人様などへの説明・報告のため
- 利用者かかりつけ医及び事業者協力医療機関への連絡のため
- 損害賠償保険等にかかる保険会社への相談または届出のため

### 上記以外の利用目的

- 当事業所において行われる実習生及びボランティア受け入れのため
- 法令上義務付けられている、関係機関（行政・医療・警察・消防等）からの依頼があった場合
- 利用者又はご家族の写真を撮影しホームページ・パンフレット・社内研修・提示物・広告誌で使用する場合

当事業所の広告誌などにおいて、ご利用者様やご家族の映像・写真の使用につきまして同意されない場合は上記項目を二重線で消してください。

令和 年 月 日

[法人名] 合同会社 Line

[事業所名] デイサービスなかゆくい処 具志

私と私の家族の個人情報の取り扱いについて説明を受けたので、上記の範囲内において利用することに同意します。

(ご利用者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(代理人) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 ( )

(ご家族代表) 住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 ( )