

重要事項説明書

2部ともに署名し、1部を返却してください

美川リハデイ 周布店 重要事項説明書

指定通所介護

□◇◆ 目次 ◆◇□

| | |
|-------------------------|-------|
| 1. 事業者 | 2 |
| 2. 事業所の概要 | 2 |
| 3. 事業の目的と運営の方針 | 2 |
| 4. 営業日 | 2 |
| 5. 臨時休業・時間短縮等 | 2、3 |
| 6. 事業所の設備等 | 3 |
| 7. 職員の配置状況 | 3 |
| 8. サービス内容 | 3 |
| 9. 利用料金 | 3、4、5 |
| 10. 緊急時における対応方法 | 6 |
| 11. 事故発生時の対応 | 6 |
| 12. 非常災害対策 | 6 |
| 13. 留意事項・禁止行為等について | 6、7 |
| 14. 利用者に関する市町村への通知 | 7 |
| 15. 虐待について | 7・8 |
| 16. 身体拘束の廃止について | 8 |
| 17. 衛生管理について | 8 |
| 18. 業務継続計画の策定等 | 8 |
| 19. 地域との連携について | 8 |
| 20. 個人情報の使用に係る同意 | 8・9 |
| 21. 苦情の受付について | 9、10 |
| 22. 提供するサービスの第三者評価の実施状況 | 10 |
| 23. その他運営に関する留意事項 | 10、11 |

1. 事業者

| | |
|-------|-----------------|
| 法人名 | 社会福祉法人 浜田福祉会 |
| 法人所在地 | 島根県浜田市内村町365番地7 |
| 電話番号 | 0855-26-0333 |
| 代表者氏名 | 理事長 津野 章 |

2. 事業所の概要

| | |
|----------|--------------------------|
| 事業所の名称 | 美川リハデイ 周布店 |
| サービスの種類 | 指定通所介護事業（通常規模型） |
| 事業所の所在地 | 〒697-1321 浜田市周布町イ61番地1 |
| 電話番号 | 0855-28-7844 |
| 指定年月日 | 令和2年 1月 1日指定 |
| 事業所番号 | 3270701349 |
| 事業所管理者氏名 | 和田 真也 |
| 利用定員 | 25人（介護予防日常生活総合事業の利用者を含め） |
| 事業の実施地域 | 旧浜田市 |

3. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 要支援状態等にある利用者の生活機能を維持・改善するとともに、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、目標を設定して計画的に介護予防サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | <p>通所介護の提供にあたっては、利用者が要介護状態になった場合においても、可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等を行い、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の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るよう支援します。</p> <p>事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的かつ効率的なサービスの提供に努めます。</p> <p>地域社会への貢献活動をすすめ、当事業所のもてる機能を積極的に地域に還元し、地域連携の拠点としての機能を展開できるように努めます。</p> <p>認知症状態にあるご利用者に対しては、その必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供が出来るよう体制を整えます。</p> |

4. 営業日

| | |
|----------|--|
| 営業日 | 月曜日～金曜日（祝日は営業） |
| サービス提供時間 | ① 午前 9時15分～午後 0時20分まで 3時間05分 ② 午後 1時20分～午後 4時25分まで 3時間05分 |
| 休業日 | 土・日曜日 盆休8月13日～15日・年末年始12月30日～1月3日 |
| 連絡受付時間 | 月～金曜日 午前7時45分～午後5時30分 |

5. 臨時休業・時間短縮等

事業者は、地震・風水害等による非常災害、積雪・凍結等や感染症等の蔓延によるサービスの提供が困難と判断した場合は利用の中止・一部中止、サービス提供時間の短縮を判断します。その際は、速やかに利用者の家族並びに担当の介護支援専門員等に連絡します。この場合、通所介護計画におけるサービスが提供できている場合は通常の利用料をいただきます。

6. 事業所の設備等

| | | | |
|-----------|-------------------------|-----|----|
| 食堂兼機能訓練室 | 162.6㎡ | 相談室 | 1室 |
| トイレ(身障者用) | 2 | ベッド | 1台 |
| リハビリ機器 | 筋力トレーニングマシン・平行棒・電動サイクル等 | | |

7. 職員の配置状況

| 職 種 | 常 勤 | | 職務内容 |
|---------|-------------------------|------|---|
| | 配置人数 | 指定基準 | |
| 管理者 | 1名 (1名は他の職務を兼務) | 1名 | 管理・監督、業務の統括 |
| 生活相談員 | 3名 (3名は他の職務を兼務) | 1名 | 利用申込に係る調整 通所介護計画書の作成 相談・援助業務 地域連携の拠点としての取り組み |
| 介護職員 | 7名 (1名専従、6名は他の職務を兼務) | 3名 | 通所介護計画に基づいた日常生活上の介護 その他必要業務 |
| 看護職員 | 3名 (3名は他の職務を兼務) | 1名 | 通所介護計画に基づいた日常生活上の健康管理 体調把握・相談 急変時の必要な看護・医療機関との連携 |
| 機能訓練指導員 | 4名 (4名は他の職務を兼務) | 1名 | 活動と参加に繋がる訓練 心身機能の低下防止及び維持回復を図る訓練 個別機能訓練・運動器機能向上計画書の作成 |

8. サービス内容

| | |
|----------|--|
| 送迎サービス | 身体状況に沿った車両を準備し、利用者の自宅とセンター間を安全・快適に送迎します。 |
| 健康チェック | 利用者の体温・血圧・脈拍を測定し、健康管理・相談・助言を行います。問診・測定結果により主治医への上申やサービス提供の中止等を判断します。 |
| 排泄サービス | 職員が必要に応じて排泄介助を行います。同性による支援で対応します。 |
| 機能訓練 | 役割の保持・目的の達成につながる訓練を行います。運動機能、生活機能の評価を行い、運動機器を使用し、希望に沿った機能訓練を提供します。 |
| アクティビティ | 役割や目的に繋がるプログラムを実施します。 地域社会と繋がるプログラムを実施します。 |
| レクリエーション | 自発性が高まるようなプログラムを実施します。 時季に応じた行事等を実施します。 |

9. 利用料金

提供するサービスの利用料金、利用者負担額については、以下のとおりです。そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた金額の支払いとなります。

(1) サービス提供利用料金・利用者負担額

【利用料金】

| 要介護度 | 利用料金 (1日あたり) | 利用者負担額 (1日あたり) | | |
|------|-----------------|----------------|---------|---------|
| | | 1割負担の場合 | 2割負担の場合 | 3割負担の場合 |
| 要介護1 | 3,700円 | 370円 | 740円 | 1,110円 |
| 要介護2 | 4,230円 | 423円 | 846円 | 1,269円 |
| 要介護3 | 4,790円 | 479円 | 958円 | 1,437円 |
| 要介護4 | 5,330円 | 533円 | 1,066円 | 1,599円 |
| 要介護5 | 5,880円 | 588円 | 1,176円 | 1,764円 |

【加算料金】※ 該当する加算が算定されます。

| サービス名称 | 利用者負担額 | | | 備考 |
|----------------|---------|---------|---------|--|
| | 1割負担の場合 | 2割負担の場合 | 3割負担の場合 | |
| 個別機能訓練加算Ⅰイ | 56 | 112 | 168 | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置。 |
| 個別機能訓練加算Ⅰロ | 76 | 152 | 228 | サービス提供時間帯を通じて、専任の機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置。 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | 20(月) | 40(月) | 60(月) | 加算(Ⅰ)に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバック受けていること。 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ | 150 | 300 | 450 | 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、多職種で共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録・評価していること。 |
| 口腔機能向上加算Ⅱ | 160 | 320 | 480 | 上記加算Ⅰに加え定期的に厚生労働省に提出しており、PDCAサイクルでサービスの見直しをしている場合。 |
| 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ | 20 | 40 | 60 | 利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニングを行った場合 |
| 栄養アセスメント加算 | 50 | 100 | 150 | 低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することを行った場合 |
| 栄養改善加算 | 150 | 300 | 450 | 栄養状態又はそのおそれのある方に対して、「栄養改善サービス」を実施した場合 |

| | | | | |
|------------------|-------|--------|-----------------|---|
| ADL維持等加算Ⅰ | 30(月) | 60(月) | 90(月) | 利用者数が10名以上で評価開始月と6か月後に機能訓練指導員等がBⅠを測定し、要件を満たし、ADL利得が1以上の場合。 |
| ADL維持等加算Ⅱ | 60(月) | 120(月) | 180(月) | ADL維持等加算Ⅰと同様の要件を満たし、ADL利得が3以上の場合。 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40(月) | 80(月) | 120(月) | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等、心身にかかわる情報を定期的に厚生労働省に提出しており、PDCAサイクルでサービスの見直しをしている場合。 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 22 | 44 | 66 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上且つ、介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 18 | 36 | 54 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士(前月末時点で資格を取得している者)の占める割合が50%以上 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | 6 | 12 | 18 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上若しくは、利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | | | 所定単位数の59/1000加算 | 厚生労働省が定める基準を満たし、介護職員の処遇・賃金改善等を実施している場合。 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ | | | 所定単位数の43/1000加算 | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ | | | 所定単位数の23/1000加算 | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | | | 所定単位数の12/1000加算 | 厚生労働省が定める基準を満たし、介護職員の処遇・賃金改善等を実施している場合。 |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | | | 所定単位数の10/1000加算 | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | | | 所定単位数の11/1000加算 | |
| 中山間地域等提供加算 | | | 所定単位数の5%加算 | 通常の事業の実施地域を超えて、中間地域に居住する利用者にサービスを行った場合。 |
| 送迎減算 | | | -47 | 居宅と事業所間の送迎を行わない場合。 |

【その他】

当該サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められるもの

(2) 利用料金のお支払い方法

当月の請求書を、月末締めで翌月20日までに配布させていただきます。ご利用時持参していただく透明ケースに入れて配布致します。また、配布期間内のご利用が無い場合は郵送させていただきます。

請求内容をご確認いただき、月末までに次の方法でお支払いください。

- ・ 持参払い
- ・ 振込払い
- ・ 自動振替払い

尚、自動振替払いの振替日は27日となっております。(27日が土・日曜日及び祝祭日の場合は直後の金融機関営業日となります。)

10. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に利用者の症状の急変が生じた場合や、その他緊急の事態が生じた場合には、速やかに主治医及びその家族並びに担当の介護支援専門員に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置の状況について記録をします。

事業所は、利用者に対する指定通所介護〔指定予防通所事業〕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います。

11. 事故発生時の対応

事業者は、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には、応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村及びご利用者の家族並びに担当の地域包括支援センターに連絡するとともに、顛末記録、再発防止対策に努めその対応について協議します。

12. 非常災害対策

事業所は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、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います。

事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

13. 留意事項・禁止行為等について

(1) 留意事項

- ① サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び認定有効期間、利用者負担の割合、適用期間)を確認させていただきます。(介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証は更新の度に提出して頂きます。)
- ② 感染症の予防・拡大防止のため、日頃より利用者の検温・様子観察をしていただき、連絡票への記入をお願い致します。
- ③ サービス利用にあたって、利用者又はご家族は、利用当日までの利用者の心身状況を事業所の職員に必ず申告して下さい。
- ④ 自己管理の向上を目的として、事業所で行ったことを活動記入用紙にご自分で記入していただきます。また、水分、サービス内容等はこちらでご自分で選択・調整していただきます。
- ⑤ お迎え時に利用者の体調が明らかに異常(下痢・嘔吐・発熱・湿疹等)と判断した場合は、サービス利用をお断りする場合があります。
- ⑥ 健康チェックの結果、異常を認めた場合は主治医に連絡し指示を仰ぎます。主治医の指示により、サービス内容を変更または中止する場合があります。その場合は、ご家族並びに担当

の介護支援専門員等に連絡いたします。

- ⑦ 利用中における体調の変化による受診は、ご家族に対応をお願いしております。また、受診後の利用は中止させていただきます。
- ⑧ サービス利用中の食べ物・飲み物は、事業所が提供するものもありますが、ご自分で用意して摂取していただいてもかまいません。
- ⑨ 事業所よりオムツ、パットを貸し出した場合は、同等のものを返却していただきます。
- ⑩ 事業所敷地内は全面禁煙となっております。
- ⑪ 利用予定日の利用前及び利用中の飲酒は厳禁です。
- ⑫ 送迎、訪問時はペットをゲージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願いします。
- ⑬ 利用者の下着・衣類等には可能な限りお名前の記入をお願い致します。
- ⑭ 理美容サービスについては、当事業所では実施しておりません。
- ⑮ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。
- ⑯ 金品、貴重品、購入物の管理については、基本的には自己管理となっております。紛失、トラブルについての責任は一切負いません。
- ⑰ 前項に掲げるもののほか、事業所のご利用にあたっては事業所の職員の指示に従うものとします。

(2) 禁止行為

事業所内で次の行為は禁止しております。

- ① 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、他人の自由を侵すこと
 - ② 喧嘩、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと
 - ③ 指定した場所以外で火気を用いること
 - ④ 故意に事業所もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと
 - ⑤ 事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
 - ⑥ 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
 - ⑦ パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
 - ⑧ サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること
 - ⑨ 金銭等貴重品の持参及び貸し借り
 - ⑩ 利用者同士の物品購入の依頼及び物品の受け渡し
- ※ ⑨・⑩については、持参された金品等の紛失は責任を負いかねます

1 4. 利用者に関する市町村への通知

利用者が次のいずれかに該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知します。

- ① 正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わないことにより、要支援状態等の程度を増進させたと認められるとき
- ② 不正行為によって保険給付を受け、又は受けようとしているとき
- ③ サービス提供中に、事業所の従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見したとき

1 5. 虐待の防止について

事業所は、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するため、定期的に委員会を開催するとともに、方針を整備し、定期的な研修を行い、従業者に周知徹底を図ります。

| | | |
|-------------|----------------|--------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 和田 真也（管理者） | 0855-28-7844 |
| 虐待防止に関する担当者 | 佐々木 久美子（生活相談員） | |

16. 身体拘束の廃止について

事業所は利用者又は、利用者等の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。また身体拘束を行う場合にはその態様及び時間、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ます。

17. 衛生管理について

事業所は、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るとともに、衛生上必要な措置を講ずる。

感染症の予防及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から必要時の委員会の開催、施設としての指針の整備、定期的な研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施等取り組みます。

感染予防の観点等から、ご利用者様又はご家族様の同意がある場合、サービス担当者議 等出席時、テレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行います。その際、個人情報の適切な取扱いには十分に留意いたします。

18. 業務継続計画の策定等

感染症又は非常災害の発生において、利用者に対する指定介護の提供を継続的に実施するための計画及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（「業務継続計画」）を策定し、その計画に従い必要な措置を講じます。事業者は、職員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実施します。

事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行います。

19. 地域との連携等

事業所は、その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等の地域との交流に努めます。

事業所は、事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定通所介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定通所介護の提供を行うよう努めます。

20. 個人情報の使用に係る同意

以下に定める条件のとおり、ご利用者又はご利用者のご家族は、当事業所が、ご利用者及びご利用者のご家族の個人情報を下記の利用目的の必要最小限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意していただきます。

(1) 利用期間

介護サービス提供に必要な時間及び契約期間に準じます。

(2) 利用目的

- ① ご利用者に関わるケアプランを立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- ② 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者、指定権者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ③ ご利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合
- ④ ご利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- ⑤ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ⑥ その他のサービス提供で必要な場合
- ⑦ ホームページやSNS、広報便り等への活動写真の掲載
- ⑧ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

(3) 利用条件

- ① 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用いたしません。また、ご利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示いたします。

(4) 名札の使用

ご利用時に使用されるロッカー、移動支援器具等に名札を取り付けさせていただきます。

(5) 個人情報保護規定の掲示

社会福祉法人浜田福祉会・個人情報保護に関する基本方針及び利用目的を事業所内の見やすい場所に掲示又は閲覧可能な形でファイル等に備え置いております。

2.1. 苦情の受付について

- (1) 社会福祉法第82条の規定により、事業所ではご利用者からの苦情や要望に適切に対応する体制を整えております。

| | | |
|---------|-----------------|--------------|
| 苦情解決責任者 | 和田 真也 (管理者) | 0855-28-7844 |
| 苦情受付担当者 | 佐々木 久美子 (生活相談員) | |
| 第三者委員 | 斉藤 美枝 | 0855-27-3702 |
| | 沖原 千恵美 | 0855-26-1939 |
| なんでも投書箱 | 事業所内に設置しています | |

(2) 苦情解決の方法

| | |
|--------------|---|
| 苦情の受付 | 苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。 |
| 苦情受付の報告・確認 | 苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員(苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く)に報告します。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。 |
| 苦情解決のための話し合い | 苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。 ① 第三者委員による苦情内容の確認 ② 第三者委員による解決案の調整、助言 ③ 話し合いの結果や改善事項等の確認 |

(3) 運営適正化委員会等の紹介

| | | |
|---------------------------|------|----------------|
| 浜田市 健康医療対策課 高齢者福祉係 | 所在地 | 浜田市殿町1番地 |
| | 電話番号 | 0855-22-9321 |
| | 受付時間 | 平日8:30 ~ 17:15 |
| 浜田地区広域行政組合 介護保険課 | 所在地 | 浜田市殿町22 |
| | 電話番号 | 0855-25-1520 |
| | 受付時間 | 平日8:30 ~ 17:15 |
| 島根県国保連合会 介護サービス 苦情相談窓口 | 所在地 | 松江市学園一丁目7番14号 |
| | 電話番号 | 0852-21-2811 |
| | 受付時間 | 平日9:00 ~ 17:00 |

| | | |
|--------------|------|----------------|
| 島根県 運営適正化委員会 | 所在地 | 松江市東津田町1741-3 |
| | 電話番号 | 0852-32-5913 |
| | 受付時間 | 平日8:15 ~ 17:15 |

事業者は、提供するサービスに関して、関係機関からの文書の提出・提示の求め、関係機関職員からの質問・照会に応じ、利用者からの苦情に関する調査に協力します。また、関係機関からの指導及び助言を得た場合は、それに従い、必要な改善を行い報告します。

2.2. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

| | | | |
|------------|------|---------|----------------|
| 第三者評価の実施状況 | 1 あり | 実施年月日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 評価結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

2.3. その他運営に関する留意事項

事業所は、全ての通所介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。また、従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けています。業務の執行体制についても検証、整備します。

(1) 採用時研修

(2) 継続研修

従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれら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ています。

事業所は、適切な指定通所介護〔指定予防通所事業〕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通所介護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ます。

事業所は、指定通所介護〔指定予防通所事業〕に関する記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存します。

この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は社会福祉法人浜田福祉会と事業所の管理者との協議に基づいて定めます。

美川リハデイ 周布店
指定通所介護事業提供同意書

令和 年 月 日

指定通所介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

美川リハデイ周布店
管 理 者 和 田 真 也

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定通所介護の提供開始と、利用者及び利用者の家族の個人情報を18.(2)の必要最低限の範囲内で使用、提供、収集することに同意しました。

< 利 用 者 >

住 所

氏 名

< 代 筆 者 >
(代 理 人)

氏 名

本人との続柄

個人情報に係る同意

< ご 家 族 >

住 所

氏 名
