

運動型通所サービス

施設利用に関する説明書

(重 要 事 項 説 明 書)
(サービス提供に伴う利用者負担説明書)
(個人情報保護についての説明書)

医療法人 珪山会
デイサービスセンター 大門

運動型通所サービス

施設利用に関する説明書

(重 要 事 項 説 明 書)
(サービス提供に伴う利用者負担説明書)
(個人情報保護についての説明書)

医療法人 珪山会
デイサービスセンター 大門

令和7年6月

重要事項説明書

ご利用者に対する運動型通所サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者がご利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 珪山会
事業者の所在地	名古屋市市中村区太閤通4丁目1番地
法人種別	医療法人
代表者名	鵜飼 泰光
電話番号	<052>461-3255

2 ご利用施設

施設の名称	デイサービスセンター 大門
施設の所在地	名古屋市市中村区脈町26番地
管理者名	安達 義明
指定年月日	令和4年1月1日
指定番号	23A0500752
電話番号	<052>461-3204
ファクシミリ番号	<052>461-3214
利用定員	20名（1回あたり5名、午前2回・午後2回）

3 当法人で合わせて実施する介護事業

事業の種類	愛知県知事の事業者指定	
	指定年月日	指定番号
大門訪問看護ステーション	平成8年12月27日	2360590018
鵜飼病院居宅介護支援事業所	平成11年11月30日	2370500189
鵜飼病院訪問リハビリテーション	平成12年4月1日	2310502238
通所リハウカイ	平成19年6月1日	2370502238
鵜飼リハビリテーション病院 通所リハビリテーション	平成21年4月1日	2310504028
鵜飼病院通所リハビリテーション	令和3年6月1日	2310502238

4 事業の目的と運営方針

〔事業の目的〕

運動型通所サービスの事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員（以下、従業者）が、要介護状態又は要支援状態にある方もしくは事業対象者に対し、適正な事業を提供することを目的としています。

[運営方針]

事業者が設置する事業所に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

事業の実施に当たっては、関係市町村、いきいき支援センター及び居宅介護支援事業者等、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。

5 ご利用事業所の職員体制

従業者の種類	員 数	勤務の体制
管理者	1 名	事業所の従業者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、従業員に運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う。
生活相談員	1 名以上	利用者及び家族からの相談や、事業の提供、事業所に対する利用の申込に係る調整補助、及び他の従業員と協力して通所介護計画等の作成補助等を行う。
介護職員	4 名以上	サービスの提供、機能訓練の補助等に当たる。
看護職員	1 名以上	健康管理等の業務に当たる。
機能訓練指導員	1 名以上	機能訓練計画の策定及び機能訓練の実施、従業員の指導に当たる。

※ 予防専門型通所サービスと一体型の運営ため、予防専門型通所サービスに準ずる

6 営業日等

営業日	月曜日から金曜日まで
休業日	土曜日、日曜日、国民の祝日及び12月31日から1月3日
営業時間	9時00分～17時30分
サービス提供時間	午 前： ①9時00分～10時10分 (1単位目) ②10時50分～12時00分 午 後： ①13時00分～14時10分 (2単位目) ②14時50分～16時00分

※台風の接近や降雪等で休業する場合がございますのでご了承ください。休業する場合は前日の夕方もしくは当日の朝に連絡させていただきます。

7 サービス提供地域

サービス提供地域	中村区
----------	-----

8 利用料

地域単価 (地区)	10,68円
-----------	--------

9 キャンセル料

キャンセル日	利用当日
キャンセル料	利用料自己負担分

※急な熱発等やむを得ない理由によるキャンセルはキャンセル料をいたしません。

10 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 午前9時00分～午後17時30分 ご利用方法 電話 052-461-3204 面接場所 デイサービスセンター 大門 受付担当 生活相談員
名古屋市介護保険課 指導係	ご利用時間 平日 午前8時45分～午後5時15分 ご利用方法 電話 052-972-3087 面接場所 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号
国民健康保険団体 連合会介護保険課	ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 052-971-4165 面接場所 名古屋市東区泉1-6-5

11 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	() -
緊 急 連 絡 先 (ご家族等)	氏 名	
	住 所	〒
	電 話 番 号	() -

12 協力医療機関

院 長 名	堀口 紘輝
医療機関の名称	鵜飼病院
所 在 地	名古屋市中村区寿町30番地
電 話 番 号	052-461-3131
診 療 科	整形外科、脳神経内科、内科、外科 リハビリテーション科、放射線科
入 院 設 備	有
救急指定の有無	有
契 約 の 概 要	当事業者と病院は双方その施設の役割と機能を十分に理解し、協力病院としての助力を要請し、承諾する。

1 3 非常災害対策

災害時の対応	・ 別途定める「鵜飼在宅センター大門 消防計画」に則り対応を行います。
平常時の訓練	・ 別途定める「鵜飼在宅センター大門 消防計画」に則り年2回避難訓練を実施します。
防災設備	・ 屋内消火栓設置・非常通報装置設置 非常用電源設置・自動火災報知器設置・ガス漏れ報知器設置 誘導灯…4箇所 ・ 備品は、防災性能のあるものを使用しております。

1 4 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者 管理者 安達義明
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

1 5 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者及び家族等に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 6 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

（３）許可なく、利用中の様子をカメラや携帯電話等で撮影し、不特定多数の方が閲覧可能な場所への掲示や投稿はお控えください。

（４）その日の体調や所用により、利用予定日に利用できない場合は、当事業所にご連絡ください。

（５）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員または当事業所の担当者へご連絡ください。

以上

サービス提供に伴う利用者負担にかかる説明書

1 保険給付の自己負担額

□ **運動型通所サービス**〔提供時間：1時間10分間〕（※ 地域加算を含みます）

介護保険負担割合証の『利用者の負担割合』により、下記1）・2）の料金金額が、2割の場合は2倍、3割の場合は3倍計算となります。

1）基本サービス費

・要支援1、要支援2、事業対象者（週1回利用） 274円／回

2）加算

・自己評価・ユーザー評価参加加算 21円／月

・評価加算 274円／評価時

※ 地域加算：上記料金は、介護保険単位数1単位＝10.68円（3級地）で計算されています、お支払いいただく料金は、計算上の端数処理により金額が若干異なる場合があります。

2 介護保険外の利用料金（実費・税込み）

① キャンセル料／1回 利用料自己負担分＋実費

利用日当日午前8時30分以降お申し出の場合申し受けます。当日利用30分以前は無料とさせていただきますので、利用取り消しはご利用時間の30分前までにお申し出いただきますようお願いいたします。急な発熱等やむを得ない理由によるキャンセルはキャンセル料をいただきません。

3. お支払方法

ご利用料の請求は10日以降に請求書をお渡し、口座振替（自動引き落とし）によるお支払いになります。毎月26日（金融機関休業日の場合は翌営業日）が振替日となりますが、残高不足などによる引き落としができなかった場合、翌月に2月分の利用料金を引き起こすことになるためご注意ください。

【口座振替の概要】

- ・ 開始時期：令和〇年〇月請求分より
- ・ 振替日：毎月〇日（金融機関休業日の場合は翌営業日）
- ・ 振替金額：当月ご請求額
- ・ 引落金融機関：ご指定の金融機関口座

個人情報保護についてのご説明

デイサービスセンター大門（以下「当施設」という）は、ご利用者により良いサービスを受けていただけるよう、「ご利用者の個人情報」につきましても適切に保護、管理することが重要と考えております。そのため当施設では個人情報保護に関して以下のように定めて確実な履行に努めます。

1. 個人情報の利用目的

（1）個人情報の利用目的について

- ①ご利用者への適切な介護サービスを提供するための従事者への提供
- ②ご利用者に適切な介護サービスを提供するための関係各所への提供
 - ・他の医療機関、薬局、介護サービス事業所との連携のための利用
 - ・サービス担当者会議でのれんけいのための利用
 - ・ご家族または後見人等への説明のための利用
- ③介護保険事務及び関係法令に係わる行政機関、監督機関への提供
- ④ご利用者に係る当施設の管理運営業務に係わる提供
 - ・会計、経理のための利用
 - ・介護事故等の報告のための利用
 - ・介護サービス向上をするための利用
- ⑤介護保険事務に関わる提供
 - ・審査支払機関への請求書の提出のための利用
 - ・審査支払機関または保険者からの照会への回答のための利用
- ⑥介護賠償責任保険に関する提供
 - ・保険会社、弁護士への相談、届出のための利用

（2）上記以外の利用目的

- ①介護サービスや業務の字、改善のための基礎資料としての利用
 - ②当法人、加盟組織内で行われる学会・症例検討会のための資料として利用
- ※ ただし、学術研究・調査活動により個人情報が特定される場合については、事前に説明し、同意を得たうえで使用します。

2. 個人情報の適正な取得

ご利用者・ご家族の個人情報を取得する際は、偽りその他不正の手段による個人情報の取得は行いません。

3. 情報の正確性の確保

ご利用者へのサービス提供に当たり、必要な範囲内で個人情報の正確性、最新性の確保に努めます。

4. 安全管理措置、従業者の守秘義務、ボランティアへの教育

- （1）個人情報の安全管理のため、当法人・当施設の従業者への教育を行い当規定に基づく事業運営を行います。また、退職した従業者について、就業上知り得た個人情報についての守秘義務を課します。

- (2) ボランティアで本事業に協力をいただいている方々には個人情報保護の重要性をお知らせし、協力いただくように努めます。
- (3) 個人情報は当施設内の所定の場所に保管し、営業時間外は施錠して管理します。電子情報はコンピューターのハードディスクに管理します。個人情報を事業所外に持ち出す場合は管理者の管理の下にこれを行います。

5. 第三者への提供の制限

- (1) ご利用者・ご家族の同意を得ない情報提供の第三者への提供は行いません。
- (2) ご利用者・ご家族の求めに応じて第三者への提供を停止します。ご利用者・ご家族の求めが無い場合は、ご利用者・ご家族への説明を行い承諾された範囲で、第三者に情報を提供します。

6. 個人情報の公表、開示、訂正、利用停止等

- (1) 保有する個人情報の利用目的は上記 1 の通りです。
- (2) ご利用者・ご家族から当施設の保有するご利用者の個人情報の申出があった場合には、開示、訂正、情報の利用の停止、第三者への提供の停止を当施設管理者の責任で行います。

7. 法令、基準、指導の遵守

- (1) この規定の施行について、行政から報告の徴収、必要な助言があった場合は真摯に受け止め、処理します。
- (2) 当施設が義務規定（努力義務を除く）に違反し、個人の権利、利益保護のために必要がある場合には、行政の勧告、命令に従います。

以 上

デイサービスセンター 大門 利用同意書

私(利用者並びに家族・身元引受人)は、デイサービスセンター 大門を利用するにあたり、施設の職員(職名 氏名)からサービスの利用に関する重要事項の説明・サービス提供に伴う利用者負担の説明・個人情報保護についての説明を受け、これらを十分に理解したうえで施設利用に同意します。

令和 年 月 日

(ご利用者)

住 所 〒

氏 名
電話番号

印

(署名代行者)

住 所 〒

氏 名
続 柄
電話番号
署名を代行した理由

印

(ご家族・身元引受人)

住 所 〒

氏 名
続 柄
電話番号

印