

指定地域密着型通所介護 通所介護型サービス事業所
ライフの学校 共生型デイサービスセンター 萩の風キャンパス
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(仙台市指定 第0475302006号)

当事業所はご利用者に対して、指定地域密着型通所介護サービス・通所介護型サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果、「要支援又はこれに相当する者」「要介護」と認定された方が対象となります。なお、要介護認定を受けずに、ご利用になる場合には、ご利用後、速やかに介護認定を受けていただきます。

1. 事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 ライフの学校
- (2)法人所在地 仙台市若林区上飯田字天神1番地1
- (3)電話番号 022-289-8555
- (4)代表者氏名 理事長 田 中 伸 弥
- (5)設立年月日 平成19年2月16日

2. 事業所の概要

- (1)事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所 平成28年4月1日指定
通所介護型サービス事業所 平成29年11月1日指定
※当事業所は特別養護老人ホーム萩の風キャンパスに併設されています。

(2)運営方針/目的

○運営方針

ご利用者の心身の特性を踏まえつつ、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、機能訓練及び、必要な日常生活上のお世話をすることによって、ご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、ご利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものとする。

- 目 的 ご契約者(利用者)が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、ご契約者に地域密着型通所介護及び通所介護型サービスを提供します。

- (3)事業所の名称 ライフの学校 共生型デイサービスセンター 萩の風キャンパス
- (4)事業所の所在地 宮城県仙台市若林区上飯田字天神1番地1
- (5)電話番号 080-8207-5252 FAX番号 022-289-1755
- (6)所長(管理者)氏名 菅 原 涼 蔵
- (7)交通の便 仙台市営バス「上飯田3丁目」徒歩1分
- (8)当施設の経営理念

- ・私達は、利用者様との信頼関係を築き、寄り添い共に生活を送ります。
- ・私達は、利用者様の自己実現のために行動します。
- ・私達は、利用者様の尊厳を大切にします。

(9)開設年月日 平成24年7月1日

(10)通常の事業の実施地域

仙台市若林区全域、宮城野区、青葉区、太白区の一部(一部の地域については往復1時間以内の距離にて検討致します。およそ片道5km)また、送迎をご家族様などで対応する場合においては、上記の限りではありません。

(11)営業日及び受付け時間

営 業 日	月曜日～金曜日(祝祭日を含む)
休 日	土曜日、日曜日、1月1日
営 業 時 間	午前8時30分 ～ 午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分 ～ 午後4時45分

(12)利用定員 18名

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して通所介護型サービス及び指定地域密着型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。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 管理者(所長)	1名 (兼務)	1名
2. 生活相談員	1名以上	1名
3. 介護職員	2名以上	2名
4. 看護職員	1名 (兼務)	1名
5. 機能訓練指導員	2名以上	1名
6. 管理栄養士	1名 (兼務)	必要数
6. 事務責任者	1名 (兼務)	必要数

※常勤換算...職員それぞれの週あたりの勤務時間総数を、当事業所における常勤職員の所定の勤務時間数(週40時間)で除した数です。

勤務時間 ① 8:30から17:30まで

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- | | |
|-----|------------------------|
| (1) | 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) | 利用料金の全額をご利用者にご負担いただく場合 |

が、あります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に記載の負担割合に応じて、利用料金の大部分（通常7～9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 食事

・管理栄養士の立てる献立表により、ご利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供いたします。食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。

（食事時間） 昼食 12時00分頃 午後のおやつ 15時頃

② 入浴

・ご利用者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、ご利用者に入浴の機会を提供します。

③ 排泄

・ご利用者の心身の状況に応じて、排泄の自立について必要な支援を行います。

・おむつを使用せざるを得ないご利用者については、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。

④ 送迎

・ご希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。ただし、通常の実施地域外からご利用の場合は、介護タクシーやご家族様の送迎をお願い致します。

⑤ 機能訓練

[地域密着型通所介護]

・レクリエーションの中で、生活リハビリテーションを重点的に行います。

・個別に立てられた「機能訓練計画」に則り、機能訓練指導員（作業療法士・理学療法士・看護師）より機能訓練をご提供致します。（希望者）

[通所介護型サービス]

・個別に立てられた「運動器機能向上計画」に則り、機能訓練指導員（作業療法士・理学療法士・看護師）より機能訓練をご提供致します。（希望者）

⑥ 健康管理

・看護職員は、常にご利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のために適切な措置をとります。

〈1回あたりのサービス利用料金〉

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。(サービスの利用料金は、ご利用者の要支援度に応じて異なります。)

[地域密着型通所介護]

サービス利用料金(1日あたり)

介護保険負担割合1割の場合

介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.サービス利用料金	7,959円	9,366円	10,824円	12,262円	13,700円
2.介護保険から給付される金額	7,163円	8,429円	9,741円	11,035円	12,330円
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	796円	937円	1,083円	1,227円	1,370円
4.食事料金	750円				
5.自己負担額	1,546円	1,687円	1,833円	1,977円	2,120円

前項の介護度別料金(自己負担)には、基本サービス費の他

・サービス提供体制加算(Ⅰ)22単位/回 が含まれています。

※入浴をご希望なされる場合

・入浴介助加算Ⅰ 40単位/回

・入浴介助加算Ⅱ 55単位/回

※個別機能訓練をご希望なされる場合

・個別機能訓練加算(Ⅰ)イ 56単位/回

・個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ 76単位/回

・個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位/月

以上が追加された利用料となります。

※別途・科学的介護推進体制加算 40単位/月

・ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位/月 が追加された利用料となります。

※別途、利用総単位数に9.2%を乗じた額が加算されます。(介護職員等処遇改善加算Ⅰ)

介護保険負担割合2割の場合

介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.サービス利用料金	7,959円	9,366円	10,824円	12,262円	13,700円
2.介護保険から給付される金額	6,367円	7,492円	8,659円	9,809円	10,960円
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,592円	1,874円	2,165円	2,453円	2,740円
4.食事料金	750円				
5.自己負担額	2,342円	2,624円	2,915円	3,203円	3,490円

介護保険負担割合3割の場合

介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.サービス利用料金	7,959円	9,366円	10,824円	12,262円	13,700円
2.介護保険から給付される金額	5,571円	6,556円	7,576円	8,583円	9,590円

3.サービス利用に係る 自己負担額(1-2)	2,388円	2,810円	3,248円	3,679円	4,110円
4.食事料金	750円				
5.自己負担額	3,138円	3,560円	3,998円	4,429円	4,860円

〔通所介護型サービス〕

要介護認定において「要支援1及び要支援2」「事業対象者」と判定された方の通所介護型サービス利用料金。(月額)

介護保険負担割合1割の場合

介護度	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2
1.サービス利用料金	19,780円	39,405円
2.介護保険から給付される金額	17,802円	35,464円
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,978円	3,941円

介護保険負担割合2割の場合

介護度	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2
1.サービス利用料金	19,780円	39,405円
2.介護保険から給付される金額	15,824円	31,524円
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	3,956円	7,881円

介護保険負担割合3割の場合

介護度	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2
1.サービス利用料金	19,780円	39,405円
2.介護保険から給付される金額	13,846円	27,583円
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	5,934円	11,822円

上記の介護度別料金表(自己負担)には、基本サービス費の他

- ・サービス提供体制加算(Ⅰ1は88単位/月、Ⅰ2は176単位/月)
- ・科学的介護推進体制加算 40単位/月 が含まれています。

※別途、利用総単位数に9.2%を乗じた額が加算されます。(介護職員等処遇改善加算Ⅰ)

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

〈サービスの概要と利用料金〉

- | | | |
|----------------|---------------|------|
| ①食事の提供にかかる費用 | 1食(おやつを含む) | 750円 |
| ②制作費、行事費 | 実費をご負担いただきます。 | |
| ③複写物の交付 | 1枚につき | 10円 |
| ④日常生活上必要となる諸費用 | 1枚につき おむつ代 | 150円 |
| | 1枚につき 尿とりパット代 | 50円 |

〈サービスを保険外(自己負担)での利用料金 要支援の方〉

1日あたりの利用料

要支援1 4000円(食費含)

要支援2 5000円(食費含)

入浴 500円 リハビリ 500円

※登録日での入浴料は、発生致しません。

(3)利用料金のお支払い方法

料金は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- 1 お振込によるお支払 ご入金いただく場合の手数料につきましては、ご負担願います。

振込先 七十七銀行 沖野支店 普通 番号 5443598

口座名義 社会福祉法人 ライフの学校 理事長 田 中 伸 弥

- 2 口座振替によるお支払

ゆうちょ銀行 毎月月末振替(※土日もしくは祝日の場合翌営業日になります。)

その他の銀行 毎月27日振替(※上記同様)

(4)利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご利用者のご都合により、地域密着型通所介護サービス・通所介護型サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日前日午後5時までに事業所に申し出てください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日午後5時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の当日に申し出があった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

5. 緊急時の対応方法

○身体状況急変時

ご利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医に連絡します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送などの必要な措置をとります。

○事故発生時

ご利用者のご家族、市町村に対して連絡を行うなどの必要な措置を行い、賠償すべき事故が発生した時には、速やかに損害賠償を行います。守秘義務に違反した場合も同様とします。

○災害時

定期的に避難訓練を行い、災害時に備えております。また、町内会の方に近隣防災協力員としてご協力をいただいております。

防火管理者 ... 管理者 菅 原 涼 蔵

○感染症発症時

感染症対策委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し、感染症の発生時に備えております。感染症の発生を確認した場合、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。

○不審者侵入時

不審者が施設内に侵入し、ご利用者に危害をおよぼさないよう、出入口のチェック、セキュリティの活用、防犯器具の設置等を強化し、施設防犯管理体制を整備しております。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受け

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。

- 苦情受け窓口 〈職名〉相談員 坪 井 啓 彰
 - 苦情解決責任者 〈職名〉管理者 菅 原 涼 蔵
- また、苦情受付ボックスを1階エントランス付近に設置しております。

受付時間

毎週 月曜日～金曜日 9:00～17:00

(ただし、祝祭日と1月1日は除きます。)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

仙台市健康福祉局 保険高齢部 介護事業支援課 居宅サービス指導係	所在地 仙台市青葉区国分町3丁目7-1 電話番号 022-214-8192 受付時間 9:00～17:00
仙台市若林区役所 保健福祉センター 介護保険課	所在地 仙台市若林区保春院前丁3-1 電話番号 022-282-1111 受付時間 9:00～17:00
宮城県 国民健康保険団体連合会	所在地 仙台市青葉区上杉1丁目2-3 電話番号 022-222-7700 受付時間 9:00～16:00
宮城県社会福祉協議会 『運営適正化委員会』	所在地 仙台市青葉区本町3丁目7-4 電話番号 022-716-9674 受付時間 9:00～17:00

※その他、お住まいの各の区の介護保険課にご相談ください。

(重要事項説明書付属文書)

1. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 四階建

(2) 建物の延べ床面積 2,998.70㎡

(3) デイサービス分面積 54,227㎡

(4) 併設事業

当事業所では、次の事業を併設して実施しています。

[指定介護老人福祉施設] 平成20年10月20日 指定

仙台市指定 第0475301537 定員40名

[指定介護(予防)短期入所生活介護事業所] 平成20年11月1日指定

宮城県指定 第0475301537 定員10名

(5) 事業所の周辺環境

西側は住宅地に隣接し、北側に幼稚園、小学校があり、東側を広大な農地に囲まれている。

施設から徒歩1分の距離に上飯田3丁目のバス停がある。

2. 職員の配置状況

管理者...ご利用者サービスにかかる総括責任者、施設管理者です。

介護職員...ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行ないます。

18名のご利用者定員に対して2名(常勤換算)の介護職員を配置しています。

生活相談員...ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行う相談員を1名配置しています。

機能訓練指導員...ご利用者の機能訓練を担当します。

管理栄養士...ご利用者の栄養管理、献立作成を行います。1名の管理栄養士を配置しています。

事務員...ご利用者に係る事務手続き全般を担当します。

3. 契約締結時からサービス提供までの流れ

(1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「地域密着型(通所介護型サービス計画)通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。

①当事業所の担当者に地域密着型通所介護計画・通所介護型サービス計画の原案作成や、その為に必要な調査等の業務を担当させます。

②その担当者は地域密着型(通所介護型サービス)通所介護計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。

③地域密着型(通所介護型サービス)通所介護計画は、居宅サービス計画又は居宅介護予防サービス・支援計画(ケアプラン)が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、地域密着型(通所介護型サービス)通所介護計画を変更します。

④地域密着型(通所介護型サービス)通所介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2)ご利用者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)又は居宅介護予防サービス・支援計画」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合

○居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
○地域密着型(通所介護型サービス)通所介護計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
○介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。
(償還払い)

居宅サービス計画、介護予防サービス・支援計画(ケアプラン)の作成

○作成された居宅サービス計画又は居宅介護予防サービス・支援計画に沿って、地域密着型(通所介護型サービス)通所介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
○介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金(自己負担額)をお支払いいただきます。

②要介護認定を受けていない場合

○要介護認定の申請に必要な支援を行います。
○地域密着型(通所介護型サービス)通所介護計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
○介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。
(償還払い)

要支援又は要支援相当
要介護と認定された場合

○居宅サービス計画・介護予防サービス・支援計画(ケアプラン)を作成していただきます。
居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。

自立と認定された場合

○契約は終了します。
○既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

居宅サービス計画、介護予防サービス支援計画(ケアプラン)の作成

○作成された居宅サービス計画に沿って、地域密着型(通所介護型サービス)通所介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
○介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金(自己負担額)をお支払いいただきます。

7. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師または看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともにご利用者または代理人の請求に応じて閲覧を認め、必要な場合は複写物を交付します。
- ④ご利用者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な措置を講じます。
- ⑤事業者及び担当職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご利用者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にてご利用者の同意を得ます。

8. 施設利用の留意事項

(1) 送迎

ご利用者の事情で時間に遅れた場合、送迎サービスが受けられないときがあります。

(2) 喫煙

火災防止のため、事業所内の定められた場所以外での喫煙はできません。

(3) 金銭・貴重品の管理

原則としてご利用者の責任において管理して頂きます。必要以上の金銭・貴重品の持込についてはご遠慮下さい。

(4) 宗教・政治・営業活動

当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(5) ペット

ペットの持ち込みはお断りいたします。

(6) 飲食物の持ち込み

原則持込はお断りいたしておりますが、健康上の理由等での持込希望がございましたら職員にお尋ね下さい。

9. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご利用者に損害が生じた場合は、速やかに利用者家族に対し連絡を行い、行政担当課(仙台市)に報告致します。また「リスクマネジメント委員会」において原因を究明

し、再発防止のための対策を講じます。原因が施設にある場合事業者は速やかにその損害を賠償致します。

ただし、その損害の発生について、ご利用者が故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

10. サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約はさらに同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することが出来ますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能となった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)

(1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することが出来ます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に解約・解除することが出来ます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③ご利用者の「居宅サービス計画、介護予防サービス・支援計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ④事業者若しくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める地域密着型通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者によって身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①伝染病疾患が発病した場合
- ②ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ③ご利用者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ④ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身

体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

11. 運営推進会議について

- (1) 地域密着型通所介護事業所の適正な運営の確保とサービスの質の向上に寄与し、地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスにするために、運営推進会議を設置します。
- (2) 運営推進会議の開催は、おおむね6月に1回以上開催します。
- (3) 運営推進会議の構成員は、利用者または利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員及び地域密着型通所介護について所見を有する者としてします。
- (4) 会議内容は、事業所のサービス内容の報告・評価、地域との意見交換・交流等とします。
- (5) 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

12. 実習生の受入れ

これからの福祉・医療を担う優秀な人材を育成するために、看護師・社会福祉士・介護福祉士・介護基礎研修課程などの育成・教育機関からの実習生を受け入れることがあります。

13. 第三者評価について

当事業所では第三者評価は実施しておりません。

「個人情報の使用等に係る説明」

以下に定める条件の通り、ライフ学校 共生型デイサービスセンター 萩の風キャンパスは、ご利用者本人及び身元引受人、ご家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲で使用、提供、または収

集することをお約束致します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) ご利用者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供されてい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)、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) 行政からの求めに応じるとき。
- (6) その他サービス提供で必要な場合。
- (7) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

3. 使用条件

- (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は決して利用しない。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、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示する。

4. ご利用者の肖像権及び、施設内における他ご利用者への面会者、業者等との関係

- (1) 施設においてはその性格上、他ご利用者のご家族、見学者、施設管理に関する業者等の施設への出入りがあります。
- (2) 当法人では、広報誌、ホームページにて、ご利用者の日常の様子を関係方面にお知らせしております。その場合、ご利用者の写真を掲載させていただく場合があります。

令和 年 月 日

社会福祉法人 ライフの学校

理事長 田 中 伸 弥

指定介護地域密着型通所介護サービス・通所介護型サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項・介護保険給付外サービス利用・個人情報の使用に係わる説明を行いました。

<説明者>

ライフの学校 共生型デイサービスセンター 萩の風キャンパス

説明者職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項・介護保険給付外サービス利用・個人情報の使用に係わる説明事項を受け、指定介護地域密着型通所介護サービス・通所介護型サービスの提供開始に同意致します。

<ご利用者>

ご利用者住所 _____

氏名 _____

身元保証人住所 _____

氏名 _____

(契約者との続柄 _____)