通所介護
重要事項説明書

社会福祉法人翠燿会

地域密着型通所介護

ときめきデイサービスグリーンヒル

通所介護重要事項説明書

【　令和８年　11月１日　現在　】

１　当施設が提供するサービスの相談窓口

電話：　０４７－４８３－５６７８　（午前8時３０分～午後5時３０分まで）

担当：　管理者/生活相談員　　江本　由美

※ご不明の点は、何でもおたずねください。

２　ときめきデイサービスグリーンヒルの概要

（１）提供できるサービスの種類

施設名称	ときめきデイサービスグリーンヒル
所在地	千葉県八千代市八千代台北１１－５－２
介護保険指定番号	地域密着型通所介護　（八千代市第 1292600515 号）
通常の事業の実施地域	八千代市
第三者評価の実施状況「実施なし」	

（２）同事業所の職員体制

従業者の職種	職務の内容	配　　置
管理者	従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定地域密着型通所介護実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。管理上支障がない場合は、事業所の他の職務に従事又は他の事業所等の職務に従事することができる。	１名 （常勤・兼務可）
生活相談員	事業所に対する利用の申し込みに係る調整、利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行い、また他の従事者と協力して個別計画の作成等を行う。	１人以上 （兼務可）
管理栄養士	栄養改善が必要な利用者を的確に把握し、適切なサービスに繋げていく観点から管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取り組みを行う。	外部との連携により管理栄養士1名以上
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退防止するための訓練指導、助言を行う。	１人以上 （兼務可）
看護職員	健康状態の確認及び介護を行う。	１人以上 (兼務可)
介護職員	利用者の心身の状況に応じ、必要な介護を行う。	１人以上 (兼務可)

※　人員配置基準等で具体的な必要数を定めて配置を求めている職種のテレワークに関して、個人情報を適切に管理し、利用者の処遇に支障が生じないように職種や業務ごとに具体的な考え方の省令等に沿って行えることとする。

（3）同事業所の設備の状況

定　　員	１８名	静　養　室	１室
食堂兼機能訓練室	１室	相　談　室	１室
浴　　室	一般浴槽	送　迎　車	３台

（4）営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日 (但し、１２月３１日から１月３日までを除く)
営業時間	午前8時３０分から午後5時３０分まで
サービス 提供時間	午前10時～午後3時30分　[5時間以上6時間未満]
	営業日、営業時間外でもサービスの提供を行う場合があります。

３　サービス内容

（1）送迎

基本は、ご自宅の玄関と当ホームまでの送迎です。

（2）食事

職員と一緒に楽しい昼食時間を過ごします。時には、料理教室・栄養・口腔等の相談なども行います。

（3）入浴

一般浴室（家庭浴槽）があり、ご家庭の雰囲気で入浴していただきます。

（4）個別機能訓練

利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、実施します。

（5）アクティビティ

レクリエーション、創作活動等を行います。

（6）生活相談

生活相談員が、ご利用者の皆様の様々な生活上のご相談に対応します。

４　利用料金

（1）　利用料金

介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。尚介護保険適用時の自己負担額は、１割、２割、３割です。要介護度に応じた利用料金から介護保険給付費額を除いた金額が、全額自己負担となります。

■介護報酬告示額

１単位当たりの単価

（千葉県八千代市：５級地）　　１単位単価　１０．４５円

尚、基本料金、各加算共に定められた基本単位数に１０．４５円の金額で料金が算定されます。

Ⅰ　**要介護認定（1～5）の方**

1）基本料金　**令和6年　4月　1日改定**

通所介護利用料（通常規模型 通所介護費：**5時間以上6時間未満**）

	A	B：A×単価 1円未満切捨	C：B×0.9 1円未満切捨	B－C	D：B×0.8 1円未満切捨	B－D	E：B×0.7 1円未満切捨	B－E
要介護度	単位	**利用料 介護 報酬総額**	保険 請求額 【9割】	**利用者 負担額 【1割】**	保険 請求額 【8割】	**利用者 負担額 【2割】**	保険 請求額 【7割】	**利用者 負担額 【3割】**
要介護1	657	6,866	6,179	687	5,493	1,373	4,806	2,060
要介護2	776	8,109	7,298	811	6,487	1,622	5,676	2,433
要介護3	896	9,363	8,427	936	7,491	1,873	6,554	2,809
要介護4	1,013	10,586	9,527	1,059	8,469	2,117	7,410	3,176
要介護5	1,134	11,850	10,665	1,185	9,480	2,370	8,295	3,555
加算料金								
加算名称	単位	**利用料 介護 報酬総額**	保険 請求額 【9割】	**利用者 負担額 【1割】**	保険 請求額 【8割】	**利用者 負担額 【2割】**	保険 請求額 【7割】	**利用者 負担額 【3割】**
入浴介助(Ⅰ)	40	418	376	42	334	84	292	126
入浴介助(Ⅱ)	55	574	516	58	459	115	401	173
個別機能訓練(Ⅰ)イ	56	585	526	59	468	117	409	176
個別機能訓練(Ⅰ)ロ	76	794	715	79	635	159	556	238
個別機能訓練(Ⅱ)	20	209	188	21	167	42	146	63
若年性認知症利用者受入	60	627	564	63	501	126	438	189
栄養改善[2回/月]	200	2,090	1,881	209	1,672	418	1,463	627
栄養ｱｾｽﾒﾝﾄ[1回/月]	50	522	469	53	417	105	365	157
口腔・栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ（Ⅰ）	20 [1回/6月]	209	188	21	167	42	146	63
口腔・栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ（Ⅱ）	5 [1回/6月]	52	46	6	41	11	36	16

口腔機能向上(Ⅰ)[2回/月]	150	1,567	1,410	157	1,253	314	1,096	471
口腔機能向上(Ⅱ)[2回/月]	160	1,672	1,504	168	1,337	335	1,170	502
科学的介護推進体制	40	418	376	42	334	84	292	126
送迎を行わない場合	-47 [片道]	-491	-441	-50	-392	-99	-343	-148
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化（Ⅰ）	22	229	206	23	183	46	160	69
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化（Ⅱ）	18	188	169	19	150	38	131	57
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化（Ⅲ）	6	62	55	7	49	13	43	19
生活機能向上連携(Ⅰ)	100 ※1	1,045	940	105	836	209	731	314
生活機能向上連携(Ⅱ)	200 ※2	2,090	1,881	209	1,672	418	1,463	627
ADL 維持等加算(Ⅰ)	30 [1 回/月]	313	281	32	250	63	219	94
ADL 維持等加算(Ⅱ)	60 [1 回/月]	627	564	63	501	126	438	189
重度者ケア体制加算 [1 回/月]	150	1568	1411	157	1254	314	1097	470
認知症加算	60	627	564	63	501	126	438	189
中重度者ケア体制加算	45	470	423	47	376	94	329	141

※1　３月に１回を限度　※2　ただし、個別機能訓練加 算を算定している場合は、1 月につき+100 単位

※　感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算　所定単位数の+3%

２）別途　加算　介護職員等処遇改善加算

（1）　介護職員等処遇改善加算（Ⅰィ）(1 月につき　+所定単位×117／１０００)

（2）　介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）(1 月につき　+所定単位×127／１０００)

（3）　介護職員等処遇改善加算（Ⅱィ）(1 月につき　+所定単位×115／１０００)

（4）　介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ）(1 月につき　+所定単位×125／１０００)

（5）　介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）(1 月につき　+所定単位×105／１０００)

（6）　介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）(1 月につき　+所定単位×89／１０００)

Ⅱ　その他

：食費　（おやつ代含む）　　１食あたり　８５０円　　（自己負担）

：日用生活品代・教養娯楽費　　１日あたり　１５０円　　（自己負担）

：新規のご利用にあたっては、健康診断書又は感染症有無のわかるもの等をご用意いただきます。（自己負担）
その他、レクリエーション、工作品、外出等の実費は、ご利用月の月末で締め一括での請求とさせていただきます。

（2）キャンセル料の規定

ご利用者様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の 午前8時３０分までに ご連絡を頂いた場合	無料
② ご利用日の 午前8時３０分までに ご連絡が無かった場合	当該基本料金の ５０％

（3）支払方法

毎月２０日までに前月分の請求をいたしますので、当月２６日までにお支払い下さい。
お支払いいただきますと、領収書を発行します。
お支払い方法は、現金振込、口座自動引き落しの２通りの中から、ご契約の際に選べます。
※ 手数料はご利用者の負担となります。

５ サービスの利用方法

①居宅介護支援事業所への申し込み
②居宅介護支援事業所から当デイサービスへの問合せ・依頼
③当デイサービスのご見学
④通所介護計画、重要事項説明書の説明
⑤契約
⑥サービス開始

（2）サービスの終了

①お客様の都合でサービスを終了する場合
サービス終了を希望する日の１週間前までに文書でお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
・お客様が介護保険施設に入所した場合
・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
・お客様がお亡くなりになった場合

④その他
・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
・お客様が、サービス利用料金の支払いを３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告

したにもかかわらず１０日以内に支払わない場合、又はお客様やご家族などが当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

６　サービス利用にあたっての留意事項

：送迎時間の連絡　・サービスご利用開始時にお知らせし、変更がある場合には事前に連絡いたします。尚、道路事情により送迎時間が前後することがありますが、ご了承下さい。

：体調確認　・当日体調不良の場合は、お申し出ください。

：体調不良等の対応　・当事業所到着後でも、体調不良等によりサービスを変更サービスの中止・変更したり、中止させていただく場合もあります。

：食事のキャンセル　・当日、午前8時３０分までにご連絡ください。

：時間変更　・事前にご連絡ください。

：設備、器具の利用　・複数の方がご使用になりますので、丁寧にご使用ください。

（2）サービス利用

事　　項	有　無	備　　考
男性職員の有無	有	
時間延長の可否	無	
従業員への研修の実施	有	教育研修委員会の研修（プログラムに沿って） 外部研修会・事業所内研修（ＯＪＴ含む）
サービスマニュアルの作成	有	各マニュアル整備
その他		

７　緊急時の対応方法

サービス提供中の容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	病院名	
	氏　名	
	連絡先	
ご家族	氏　名	
	電話番号	
	携帯電話	
上記ご家族以外の緊急の連絡先	氏　名	
	電話番号	
	携帯電話	

８　非常災害対策

事業所は、非常災害時においては、利用者の安全第一を優先し、迅速適切な対応に努め

ます。又、非常災害その他緊急の事態に備えて、防災及び避難に関する計画を作成し、利用者及び職員に対し周知徹底を図るため、年２回以上避難、その他必要な訓練等を実施します。

９　サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所ご利用者相談・苦情担当

担当：お客様相談室　　電話：０４７－４８３－５６７８

担当者：生活相談員

②その他

苦情解決責任者　理事　日高　和枝　電話：０４７－４８０―２７７７

③当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

市町村：八千代市長寿支援課　　電話：０４７－４８３－１１５１

千葉県国民健康保険団体連合会　介護保険課苦情係

電話　043-254-7428

苦情解決第三者委員　監事　高橋　秀行　　080-3315-0137

＊公平中立な立場で苦情を受け付け、相談にのって頂ける委員です。

１０　その他

個人情報の保護・秘密保持

事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインを遵守し適切な取扱いに努めるものとします。

① 前項の規定にかかわらず、事業者は、以下の場合に限り利用者に関する心身等の情報を含む個人情報を提供できるものとします。

一　介護サービスの提供を受けるに当たって、介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合

二　上記（一）の外、介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合

三　現に介護サービスの提供を受けている場合で、利用者が体調等を崩し又は病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明をする場合

四　介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等

五　施設内の広報物又は家族会での説明等の場合

六　保険者の問い合わせ等に応対する場合

② 利用者は、本契約の締結により、前項の内容の個人情報の使用を了承するものとします。

２）利用者の記録や情報の管理・開示

関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

３）身体拘束等の禁止

事業者は、ｻｰﾋﾞｽの提供に当たっては、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、身体的拘束等を行ってはならない。

２　次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から５年間保存しなければならない。

イ　提供した具体的なサービスの内容等の記録

ロ　身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得な

い理由の記録
ハ　市町村への通知に係る記録
ニ　苦情の内容等の記録
ホ　事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
3　事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。
イ　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置する。なお、身体拘束委員会は、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することができる。(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。
ロ　身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
ハ　介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施する。

二　利用者又はその家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討する。

4）虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講じるものとする。

（1）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、巡業者に周知徹底を図る。
（2）虐待の防止のための指針を整備する。
（3）巡業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。
（4）前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2　事業所は、サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

5）損害等賠償

事業所は、サービスの提供にあたり、事業所の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。ただし、その損害がご利用者の故意又は過失において起因した場合は、損害賠償責任を負いません。

6）勤務体制の確保等

職場におけるセクシャルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じる。

2　事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発する。相談（苦情を含む。以下同じ）に応じ、適切に対応するために、必要な体制の整備・相談に対応する担当者を定める。

3　パワーハラスメントの指針において、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、雇用管理上の配慮として取り組む。

①　相談に応じ適切に対応するために必要な体制の整備を行う。
②　被害者への配慮の取り組み。

メンタヘルス不調への相談対応、行為者に対して１人で対応させない等）。

③　被害防止のためとして取り組む。

④　マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態当の状況に応じた取り組みを行う。

４　介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じる。

（1）医療・福祉関係資格を有さない全ての従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じる。

（2）新卒採用、中途採用を問わず、施設が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する認知症介護基礎研修は」採用後１年を経過するまでに受講させることとする。

７）業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して介護サービスの提供を受けられるよう、継続的に実施するために、非常時の体制で早期に業務再開を図るための計画（以下業務継続計画という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、従業者等が連携し取り組めるように、必要な研修及び訓練（シュミレーション）を実施する。

なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することもできるものとする。

イ 感染症に係る業務継続計画

ａ 平時から備え（体制構築・整備、感染症予防に向けた取り組みの実施、備蓄品の確保等）

ｂ 初動対応

ｃ 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

ロ 災害に係る業務継続計画

ａ 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）

ｂ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

ｃ 他施設及び地域との連携

２ 研修の内容は、職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応かかる理解の励行を行うものとする。定期的（年１回以上）教育を開催・記録するとともに、新規採用時には別に研修を実施・記録する。

３ 訓練(シュミレーション)においては、発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、業務内容の役割分担の確認、実施するケアの講習等を定期的（年１回以上）に実施する。

８）　感染症の予防及びまん延防止

事業所は、感染症が発生し又はまん延しないように、感染症の予防及びまん延防止のため次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

（１）　感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね６月に１回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する。

（2） 感染症の予防及びまん延の防止のための指針（平常時及び発生時の対応）を整備する。

2 事業者は平常時の対応として、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアに係る感染対策（手洗い、標準的な予防策）等・発生時の対応として、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村の関連機関との連携、行政等への報告等を行う。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関連機関への連絡体制を整備し、明瞭する。研修内容は感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所おける指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行う。定期的な教育（年１回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施・記録する。また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シュミレーション）を定期的に（年１回以上）に行う。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの講習などを実施する。

9） **掲示**

事業所内の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務体制、協力病院、利用料その他のサービスの選択に資する重要事項を掲示します。

2 重要事項を記載したﾌｧｲﾙ等を介護ｻｰﾋﾞｽの利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で当該事業所内に備え付けることで前項の掲示に代えることができる。

3 事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

留意する点

イ 事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所の事である。

ロ 勤務の体制について、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、職員等の氏名まで掲示することを求めるものではない。

１０） **記録の整備**

事業所は、従業者、設備備品及び会計に関する諸記録を整備しておくものとする。２事業所は、利用者に対するサービスの提供に係る諸記録を整備し、その完結の日から５年間保存するものとする。なお、「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立）により一連のサービス提供が終了した日を指すもとする。

１１）**地域との連携**

事業所の運営に当たっては、地域住民又は住民の活動との連携や協力を行うなど、地域との交流に努める。

１２）テレビ電話装置等の活用

感染対策・虐待の防止検討・身体拘束適正化・事故防止検討等の委員会及び心身の状況等の把握・サービス担当者会議等による専門的意見の聴取等において、テレビ電話装置等（ﾘｱﾙﾀｲﾑでの画像を介したｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができる。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのｶﾞｲﾀﾞﾝｽ」、厚生労働省「医療情報ｼｽﾃﾑの安全管理に関するｶﾞ

ｲﾄﾞﾗｲﾝ」等を遵守する。

１３）利用者の安全・ｻｰﾋﾞｽの質の確保・職員の負担軽減に資する方策の検討

事業者は、当該事業所における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、事業所における利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができる)を定期的に開催しなければならない。

１４）電磁的記録等

事業所は、書面（被保険者証に関するものを除く。）の作成、保持等を電磁的記録により行う事ができる。

1 電磁的作成・保存について

① 作成は、事業所等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法又は電磁ディスク等をもって調整する方法。

2 保存は以下のいずれかの方法による。

① 事業者等の使用に係る電子計算機備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調整するファイルにより保存する。

② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業所等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調整するファイルにより保存する。

③ その他、電磁的記録により行う事ができるとされているものは、（1）及び（2）に準じた方法による。

④ 電磁的記録により行う場合は、「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守する。

3 電磁的方法について

①事業所等は、書面で行う又は想定される交付等（交付、説明、同意、承諾、締結、その他これに類するものをいう。）について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができる。

②電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用する。

③電磁的方法による場合は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守する。

１２ その他運営に関する留意事項

この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は事業者と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

１１　当法人の概要

法 人 種 別・名　　称：　社会福祉法人翠燿会
代 表 者 役 職・氏　名：　理事長　津川恵美子
本部所在地・ 電話番号 ：　千葉県八千代市上高野２０５８－５
ＴＥＬ　０４７－４８４－６１１１

定款の目的に定めた事業

１．特別養護老人ホームの経営　２．老人短期入所事業　３．老人デイサービス事業
４．老人居宅介護等事業　５．老人介護支援センター事業　６．小規模多機能型居宅介護
７．障害児通所支援事業　８．児童自立生活援助事業　９．居宅介護支援事業
10．一般乗用旅客自動車運送事業（患者等輸送限定用）
11．八千代市勝田台地域包括支援センターの行う事業　12．介護予防支援事業
13．その他これに付随する事業

施設・拠点等　特別養護老人ホーム　短期入所生活介護
通所介護　訪問介護　在宅介護支援センター　小規模多機能型居宅介護
居宅介護支援事業所　放課後等デイサービス　自立援助ホーム
地域包括支援センター　介護予防支援事業所
一般乗用旅客自動車運送事業（患者等輸送限定用）

通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

年　　月　　日

事業者

〔住　　所〕　千葉県八千代市八千代台北１１－５－２

〔事　業　所　名〕　地域密着型通所介護　ときめきデイサービスグリーンヒル

〔管理者・説明者〕　江本　由美　㊞

契約締結日　　年　　月　　日

私は、契約書及び重要事項説明書により事業所から地域密着型通所介護について説明を受けました。又、私及び私の家族の個人情報について、必要な場合は居宅介護支援事業者等に対して提供することに同意いたします。

利用者

〔住　　所〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　　名〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（代理人）

〔住　　所〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　　名〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

個人情報取扱いの同意書

年　月　日

地域密着型通所介護

ときめきデイサービスグリーンヒル

管理者　江本　由美　殿

私達（利用者及びその家族）は、個人情報の取扱いについて事業所が「通所介護計画書等」を作成するサービス担当者会議、又市区町村（保険者）から求めれた事項の回答等の事務、及び居宅サービス利用中に身体等急激な変化により診察が必要になった場合、地域密着型通所介護重要事項説明書条項第１０条１項によって、私達（本人、家族）の個人情報を提供することに同意いたします。

ご利用者　　㊞

ご家族(代理人)　　㊞

事業所確認

管　理　者　　㊞