# やすらぎ苑デイサービスセンター
# 指定（介護予防・日常生活支援総合事業）通所介護
# サービス内容及び重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（岐阜県指定　第 2170400192 号）
（羽島市指定　第 2170400192 号）

社会福祉法人　伝心会

やすらぎ苑デイサービスセンターは、ご利用者に対して指定（介護予防・日常生活支援総合事業）通所介護サービスを提供します。

施設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ご案内いたします。

目次


１．　施設経営法人 ……2
２．　ご利用施設 ……2
３．　ご利用施設で併せて実施している事業 ……2
４．　事業目的と運営方針 ……2
５．　施設の概要 ……3
６．　職員体制 ……3
７．　職員の勤務体制 ……3
８．　営業時間 ……3
９．　提供する介護サービス ……4
１０．（介護予防）通所介護計画 ……4
１１．担当職員の変更 ……4
１２．利用料金 ……4
１３．保険給付の請求のための証明書の交付 ……5
１４．その他の有償サービス ……5
１５．サービスの中止、変更、追加 ……5
１６．ご利用料金のお支払い方法 ……5
１７．キャンセル料 ……5
１８．サービスの提供にあたって ……5
１９．虐待の防止について ……6
２０．身体的拘束について ……6
２１．守秘義務等 ……7
２２．事故発生時の対応 ……7
２３．緊急時の対応方法 ……8
２４．非常災害時の対策 ……8
２５．衛生管理及び感染症対策 ……9
２６．事業継続計画の策定等について ……9
２７．ハラスメントについて ……9
２８．身元引受人等について ……9
２９．苦情等申立先 ……１０
３０．第三者評価の実施状況 ……１１
３１．個人情報の同意に関する同意 ……１１

指定（介護予防・日常生活支援総合事業）通所介護サービスの提供を開始するにあたり、岐阜県の定める基準に基づいて、当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

| | |
|---|---|
| 法人名称 | 伝心会 |
| 主たる事業所の所有地 | 羽島市下中町石田 687 番地 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 髙木　力 |
| 電話番号 | 058-398-7070 |

2. ご利用施設

| | |
|---|---|
| 施設名称 | やすらぎ苑デイサービスセンター |
| 施設所在地 | 羽島市下中町石田 687 番地 |
| 都道府県知事指定番号 | 岐阜県 2170400192 号 |
| 施設長名 | 杉田　昌利 |
| 電話番号 | 058-398-5656 |
| ファクシミリ番号 | 058-398-7168 |

3. ご利用施設で併せて実施している事業

| 事業の種類 | | 岐阜県知事の事業者指定 | | 定員 |
|---|---|---|---|---|
| | | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | 令和 2 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400119 号 | 50 人 |
| | ユニット型<br>介護老人福祉施設 | 令和 2 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400119 号 | 30 人 |
| 居宅 | 短期入所生活介護 | 令和 2 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400119 号 | 20 人 |
| | 通所介護 | 令和 2 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400192 号 | 30 人 |
| 介護予防 | 短期入所生活介護 | 令和 6 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400119 号 | 20 人 |
| 事業の種類 | | 羽島市長の事業者指定 | | 定員 |
| | | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 居宅介護支援事業 | | 令和 2 年 4 月 1 日 | 羽島市 2170400127 号 | |
| 予防・総合 | 通所介護相当サービス | 令和 6 年 4 月 1 日 | 羽島市 2170400192 号 | 30 人 |

4. 事業の目的と運営方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 利用者が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できるよう、その心身の特性を踏まえて、入浴、排泄、食事等の介護、相談、その他の世話（援助）及び機能訓練、健康管理等を行うことにより、社会的孤立感の解消及び身体の清潔、心身の機能の保持並びにその家族等の身体的、精神的負担の軽減を図る。 |
| 運営の方針 | 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定（日常生活支援総合事業）通所介護サービスの提供に努める。<br>地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、地域包括支援センター（※その委託を受ける居宅介護支援事業者）、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービス提供者との密接な連携に努める。 |

5. 施設の概要

(1) 土地及び建物

| | | |
|---|---|---|
| 敷地 | | 12,147 ㎡ |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造 2 階建（耐火建築） |
| | 延べ床面積 | 5,362.82 ㎡ |
| | 利用定員 | 30 名 |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 室数 | 面積 | 1 人あたりの面積 |
|---|---|---|---|
| デイルーム（食堂兼機能訓練室） | 2 室 | 170.60 ㎡ | 5.68 ㎡ |
| 多目的ホール | 1 室 | 238.17 ㎡ | |
| 静養スペース | － | 8.60 ㎡ | |
| 浴室及び脱衣室 | 2 室（2 台） | 82.65 ㎡ | |
| トイレ | 2 個所 | 27.76 ㎡ | |
| 事務スペース | － | 25.54 ㎡ | |

※ 各部屋の配置ならびに構造については、別添のパンフレットを参照してください。

6. 職員体制（※主な職員体制）

| 職種 | 事業者の指定基準 | 保有資格 |
|---|---|---|
| 施設長 | 1 | 施設長資格、社会福祉主事 |
| 生活相談員 | 1 以上 | 介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事 |
| 看護職員 | 1 以上 | 看護師、准看護師 |
| 介護職員 | 4 以上 | 介護福祉士、社会福祉主事 |
| 機能訓練指導員 | 1 以上 | 准看護師、柔道整復師、※理学療法士（土曜日のみ） |
| 歯科衛生士 | 1 | 歯科衛生士 |

※ 基準となる体制で、勤務職員数は曜日により異なる場合があります。

7. 職員の勤務体制（※主な職員の勤務体制）

| 職種 | 勤務体制 |
|---|---|
| 施設長 | 常勤勤務 |
| 生活相談員 | 午前 8 時 30 分～午後 6 時 00 分までの内 8 時間<br>午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分までの、7 時間<br>※利用者 15 名迄 3 名が勤務、5 人又は端数が増える毎に 1 名増員 |
| 看護職員 | |
| 介護職員 | |
| 機能訓練指導員 | 准看護師：午前 8 時 30 分～午後 6 時 00 分までの内 8 時間<br>柔道整復師：午後 1 時 00 分～午後 3 時 00 分の 2 時間 |

8. 営業時間

| | |
|---|---|
| 営業日 | 月曜日～土曜日　　※12 月 30 日から 1 月 3 日を除く<br>（悪天候等の理由により中止、中断する場合があります。） |
| 営業時間 | 午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分<br>（ただし、通常の運営時間は、午前 9 時 30 分～午後 4 時 30 分） |

9. 提供する介護サービス

**指定（介護予防・日常生活支援総合事業）通所介護サービス**

ご利用予定日　：　毎週（　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土曜日）

※ 通所介護サービスの提供内容は、以下のとおりです。

| | |
|---|---|
| ・お迎え | 送迎車にてお迎えします。 |
| ・体調チェック | 血圧・脈拍・体温等、体調チェックを行います。 |
| ・入浴 | 一般浴・チェアー浴等の方法で入浴していただけます。 |
| ・食事 | 貴方に適した調理法で調理された食事を提供します。 |
| ・個別サービス | 選択された個別のサービスを提供します。<br>現在実施しているもの … 運動器機能向上訓練、口腔機能向上 |
| ・レクリエーション | ゲーム、カラオケ等のレクリエーションを行います。 |
| ・お送り | 送迎車にてお送りします。 |

① 要支援状態の軽減、悪化の防止又は予防となるよう、適切な介護サービスの提供に努めます。
② 懇切丁寧な介護サービスの提供に努めます。
③ 介護サービスの内容及び提供方法について、分かり易いように説明します。ご不明な点については、遠慮なくお申し出ください。
④ 介護サービスの提供に用いる器具、設備等は、常に安全、衛生に注意します。特に身体に接触する器具、設備等については、サービス提供ごとに消毒し使用します。

10. 通所介護計画

（1）心身の状況やご希望、環境等を踏まえて、機能訓練や機能向上等の目標を達成するための具体的な介護サービスの内容を記載した通所介護計画を作成します。
（2）この通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成するものとします。
（3）利用者の通所介護計画は、別紙のとおりです。ご不明の点についてはご質問ください。

11. 担当職員の変更

（1）利用者は、いつでも担当する職員の変更や交替を申し出ることができます。その場合、申し出を拒む正当な理由がない限り、その申し出に対処します。
（2）事業所は、職員の退職や配置転換等により、職員体制、担当職員の変更を行うことがあります。

12. 利用料金　…　別紙、利用料金表のとおりです。

（1）ご利用の通所介護サービスが、介護保険事業（又は介護予防・日常生活支援総合事業）の適用を受ける場合、原則として、利用料金の利用者負担割合分（※１割～３割）をお支払いいただきます。ただし、介護保険法令に基づいて、保険給付費の償還払い（※一旦、サービス利用料の全額をお支払いされた後に市町村等から保険給付割合分（※９割～７割の範囲において市町村が定めた割合）の払い戻しを受ける方法）　でのお支払いをご希望される場合は、事前にお申し出ください。
（2）ご利用の通所介護サービスが、介護保険事業（又は介護予防・日常生活支援総合事業）の適用を受けない場合、介護保険の適用を受けない部分については、介護サービス利用料の全額を利用料金としてお支払いいただきます。

13. 保険給付の請求のための証明書の交付

介護サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますのでお申し出ください。

14. その他の有償サービス

以下、その他の有償サービスがご利用できます。詳しくは、職員にご確認ください。

| 種類 | 内容 |
|---|---|
| 食事<br>（昼食代） | ・管理栄養士が毎月作成する献立に従い、栄養バランスと身体状況に配慮した食事を提供します。<br>【食事提供時間】　昼食　12：00 頃<br>【昼食代】　735 円／1 食（※おやつ代含む） |
| オムツ等<br>（オムツ代） | ・オムツやパッドを当センターから提供した場合。<br>100 円／1 品 |
| 理美容サービス | ・専門業者による理美容サービスをご利用いただけます。利用料金等は、別紙「理美容サービスのご案内」を確認ください。<br>（理美容サービス）<br>Ａコース／カット＆ブロー<br>Ｂコース／シャンプー＆カット＆ブロー<br>Ｃコース／毛染め＆Ｂコース　等 |
| 特別な行事<br>（不定期） | ・通所介護計画の中に機能訓練としてプランがあれば、事業所が企画する外出等の行事にご参加いただけます。<br>・実費費用のご負担をお願いします。<br>・全ての方に外出等の支援を約束するものではありません。中止やお断りをする場合があります。 |

15. サービスの中止、変更、追加

（１）利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービス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の前日までに事業者に申し出てください。

（２）サービスの利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

16. ご利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、請求書を毎翌月の 20 日頃までに送付しますので、翌々月の指定日までに下記の方法でお支払い下さい。（1 ヶ月に満たない期間のサービスに対するご利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします）

１．金融機関口座からの自動引き落としによる
２．指定金融機関への振り込み
３．施設窓口でのお支払い

17. キャンセル料

指定（介護予防・日常生活総合支援事業）通所介護サービスをキャンセルされた場合は、以下のキャンセル料をお支払いいただきます。

①　前々日までのキャンセル　　当面の間、無料

② 前日のキャンセル　　当面の間、無料
③ 当日のキャンセル　　当面の間、無料

18. サービスの提供にあたって

（1）サービスの提供に先立って、介護保険被保険者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要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
（2）利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
（3）利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
（4）サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
（5）通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

19. 虐待の防止について

事業所は、虐待発生の防止に向け、次の各号に定める措置を講じます。
（1）虐待防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会を設けます。その責任者は管理者とします。
（2）虐待防止検討委員会は、職員への研修の内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談及び苦情解決体制の整備、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討、成年後見制度の利用支援等を行います。なお、本虐待防止検討委員会は、場合により他の委員会と一体的に行うほか、テレビ会議システムを用いて実施します。
（3）職員に対し、虐待発生の防止に向けた研修を年２回以上実施します。
（4）虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力します。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待防止検討委員会にて協議し、その内容について、職員に通知するとともに、市町村等関係者に報告を行い、再発防止に努めます。

20. 身体的拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束を行いません。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、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最低限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体的拘束を行った日時、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、身体的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　･･･直ちに身体的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･･･身体的拘束以外に、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、直ちに身体的拘束を解きます。

21. 守秘義務等

事業者及び職員は正当な理由がない限り、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。また、事業者は職員が退職後、在職中に知り得た利用者並びにその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

2　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。その場合、個人情報利用の内容等の経過を記録します。

（1）介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と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、利用者の家族等の状況を把握するために必要な場合
（2）上記（1）の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
（3）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ケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明をする場合
（4）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会等
（5）事業所内の広報物又は家族会での説明等の場合

3　利用者並びにその家族におかれては、上記内容の個人情報の使用を了承願います。

4　事業者は、第2項の内容の個人情報の使用を除き、利用者並びにその家族に関する情報を提供する場合には、事前に文書により、各々関連する者の同意を得ることとします。

22. 事故発生時の対応

| | |
|---|---|
| 事故発生時の対応 | 下記のとおりの連絡体制をとり、対策を徹底するものとします。<br>対策がとられた後に事故報告書を作成するものとします。<br><br>・事故発生時の対応の流れ<br>発見者（介護員）　→　※緊急時：救急車対応<br>↓　・所属責任者へ連絡<br>副／主任介護員（看護師）　→　・病院受診等<br>↓　・事故報告書の作成<br>生活相談員　→　・家族への連絡・調整<br>↓　・施設長及び事務局へ連絡<br>施設長　→　・事故対応の指示等<br>事務局　→　・自治体、監督官庁への報告等 |

23. 緊急時の対応方法

| | | | |
|---|---|---|---|
| ※ 主治医又は協力医療機関への連絡し、医師の指示に従います。<br>※ 指定の緊急連絡先に連絡します。 | | | |
| 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 | ー　　ー | |
| 協力医療機関 | 医療機関の名称 | 羽島市民病院 | 松波総合病院 |
| | 院長名 | 山田　卓也 | 松波和寿 |
| | 所在地 | 羽島市新生町 3 丁目 246 番地 | 羽島郡笠松町田代 185-1 |
| | 電話番号 | 058 - 393 - 0111 | 058-388-0111 |
| | 診療科 | 総合病院 | 総合病院 |
| | 入院設備 | ベッド数 281 床 | ベッド数 501 床 |
| | 救急指定の有無 | 有り | 有り |
| | 契約の概要 | 協力医療機関協定書 | 協力医療機関に関する協定書 |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | | |
| | 昼間の連絡先 | | |
| | 夜間の連絡先 | | |

24. 非常災害時の対策

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別に定める「やすらぎ苑消防計画」により、対応します。 | | | |
| 近隣等との協力関係 | 【羽島市】<br>・移動系防災行政デジタル無線端末（MCA 端末）の設置（H25.6.1~）<br>・災害時要救護者の福祉避難所として民間福祉施設等を使用することに関する協定書（H23.3.30~）<br>【岐阜県老人福祉施設協議会】<br>・岐阜県岐阜地域　老人福祉施設・緊急時相互応援協定（H15.3.30~） | | | |
| 平常時の訓練等 | 別に定める防災訓練計画に則り、年 2 回の訓練を実施します。 | | | |
| 防災設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 有 | 防火扉・シャッター | 有 |
| | 非常階段 | 無 | 屋内消火栓 | 有 |
| | 自動火災報知機 | 有 | 非常通報装置 | 有 |
| | 誘導灯 | 4 個所 | 漏電火災警報機 | 有 |
| | ガス漏れ報知機 | 有 | 非常用電源 | 有 |
| | カーテン、布団等は、防煙性能のある物を使用しています。 | | | |
| 消防計画等 | 届出日：令和元年 9 月 9 日　防火管理者：渡邉　智司 | | | |

25. 衛生管理及び感染症対策

（1）利用者の用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。
（2）必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
（3）事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
①事業所における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おおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底します。
②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
③職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

26. 事業継続計画の策定等について

（1）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定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計画（事業継続計画）を策定し、当該事業継続計画に従って必要な措置を講じます。
（2）職員に対し、事業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します。
（3）定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて事業継続計画の変更を行います。

27. ハラスメントについて

利用者又はその家族等が、当事業者や職員あるいは他の利用者等に対して、故意に暴力や暴言、性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合は、サービスの利用を一時中止及び契約を解除させていただく場合があります。

28. 身元引受人等について

（1）当事業所では、契約締結にあたり、身元引受人の設定をお願いしています。ただし、身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。
（2）身元引受人は、次の各号の責任を負うものとします。
① ご契約者が疾病等により、医療機関に通院、入院する場合には、通院、入院手続き等が円滑に進行するよう協力すること。
② 契約終了の場合には、事業者と連携して、ご利用者の状態に見合った適切な受入先の確保に努めること。
③ ご利用者が死亡した場合には、遺体及び遺留金品等の引受け及び当該引き渡しに係る費用の負担、その他の必要な措置を行うこと。

29. 苦情等申立先

（1）当事業所における苦情やご相談は下記の専用窓口で受け付けます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 苦情申立窓口 | 窓口担当者 | 氏　名 | 各サービス事業所／主任生活相談員 |
| | ご利用時間 | 毎　日 | 午前 9 時 ～ 午後 5 時 |
| | ご利用方法 | 電　話 | 058 - 398 - 7070 |
| | | 面　接 | やすらぎ苑相談室 |
| | | 伝言箱 | 中央廊下に設置してあります |

当事業所では、以下のとおり苦情解決責任者・苦情受付担当者及び第三者委員を設置しています。

・苦情解決責任者　　杉田昌利（やすらぎ苑　施設長）
・苦情受付担当者　　主任生活相談員（やすらぎ苑　各事業所）
・第三者委員　　渡辺元博（医師）
　　平松伸子（羽島市上中町主任児童委員）
　　長岡裕子（羽島市下中町主任児童委員）

（2）苦情解決の方法

①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。

②苦情受付の報告・確認

受け付けた苦情は、苦情解決責任者に報告します。

③苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申立人と誠意をもって話し合い、苦情解決に努めます。その際、第三者委員の立ち合いや助言を求めることができます。なお、第三者委員の立ち合いは次により行います。

・第三者委員による苦情内容の確認
・第三者委員による解決案の調整、助言
・話し合いの結果や改善事項の確認

※ここで解決できない苦情は、下記の行政機関その他苦情受付機関に申し立てることができます。

（3）行政機関その他苦情受付機関

| | | |
|---|---|---|
| 羽島市役所高齢福祉課 | 所在地 | 羽島市竹鼻町５５番地 |
| | 電　話 | （058）392-9932　Fax　（058）394-0025 |
| | 受付時間 | 月～金（祝日除く）9：00　～　17:00 |
| 岐阜県国民健康保険団体連合会 | 所在地 | 岐阜市下奈良２丁目２番地１号 |
| | 電　話 | （058）275-9826　Fax　（058）275-7635 |
| | 受付時間 | 月～金（祝日除く）9：00　～　17:00 |
| 岐阜県社会福祉協議会運営適正化委員会 | 所在地 | 岐阜市下奈良２丁目２番地１号 |
| | 電　話 | （058）278-5136　Fax　（058）278-5137 |
| | 受付時間 | 月～金（祝日除く）9：00　～　17:00 |
| 岐阜地域福祉事務所 | 所在地 | 岐阜市薮田南５丁目１４番５３ |
| | 電　話 | （058）272-1930　Fax　（058）278-3526 |
| | 受付時間 | 月～金（祝日除く）9：00　～　17:00 |

30. 第三者評価の実施状況

| | |
|---|---|
| 実施の有無 | 当施設では第三者評価を実施しておりません |

31. 個人情報の使用に関する同意

私（利用者・契約者及びその家族）の個人情報について、次に記載するところにより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ます。

１．利用期間
介護サービス提供に必要な期間および契約期間に準ずる。

２．利用目的
（１） 介護保険における要介護認定の申請及び更新、変更のため
（２） 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るために実施されるサービス担当者会議等での情報提供のため
（３） 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、保険者（自治体)、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
（４） 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のある場合
（５） 利用者の利用する介護事業所内の介護会議（カンファレンス）のため
（６） 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
（７） その他、適切な介護サービスの提供に必要不可欠な場合
（８） 上記各号に関わらず、事故の発生等、緊急を要する場合の関係機関への情報提供の必要がある場合

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、決して利用しない。また、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などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

なお、下記の事項について、私の希望は以下のとおりとします。

・広報紙等及びホームページへの写真等の掲載　同意します　・　同意しません

・事業所の環境づくりにおける氏名・写真等の掲載　同意します　・　同意しません

・他の利用者とともに写る写真をその家族へ送付　同意します　・　同意しません

・離床センサー等の見守り機器の使用について　同意します　・　同意しません

・理美容サービスについて　利用します　・　利用しません

令和　　年　　月　　日

指定（介護予防・日常生活支援総合事業）通所介護　やすらぎ苑デイサービスセンター

説明者氏名　　生活相談員　　㊞

契約者
（利用者）　　住　所

氏　名　　㊞

（※ご家族等が代筆した場合）
代筆者　　住　所

氏　名　　㊞

続　柄

※代筆をした理由

身元引受人（家族）の同意
住　所

氏　名　　㊞

契約者との関係