

「認知症対応型通所介護 花見鳥」

(介護予防認知症対応型通所介護)

重要事項説明書

当事業所はご契約者（以下「利用者」といいます）に対して（介護予防）認知症対応型通所介護サービス（以下「認知症対応型通所介護サービス」）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。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|---------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 愛和会 |
| (2) 法人所在地 | 豊中市寺内1丁目1番10号 |
| (3) 電話番号 | 06-6866-2941 |
| (4) FAX番号 | 06-6866-2950 |
| (5) 代表者氏名 | 理事長 高岡 秀幸 |
| (6) 設立年月日 | 2002年1月29日 |

2. ご利用施設概要

- | | |
|-----------|-----------|
| (1) 建物の構造 | 鉄骨造 地上 4階 |
| (2) 延べ床面積 | 1,191.87㎡ |

3. 愛和会の理念

- (1) 広く社会のためにより良い保健福祉サービスを提供し、生きがいのある社会生活の増進に貢献する。
- (2) 人間の尊厳と人権を尊重し、公平で平等な法人活動に努める。
- (3) 地域社会との協調を深め、創意工夫をこらして利用者の保健福祉の向上と法人の健全な発展を図る。
- (4) 保健福祉に携わるものとしての使命を自覚し、学識、技術の研鑽と人間性の向上に努める。
- (5) 自主性と和の精神を重んじ、利用者と共に法人に働く誇りと喜びを共にする。

モットー

貢献 ・ 創意 ・ 協調

4. ご利用事業所

(1) 事業所の種類

指定認知症対応型通所介護・2016年1月1日

(2) 事業の目的

介護保険法に従い、要介護状態となった場合においても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、必要な日常生活上のお世話およ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ため必要な共用事業所をご利用いただき、認知症対応型通所介護サービスを提供します。

(3) 事業所の名称 認知症対応型通所介護 花見鳥

(4) 事業所の所在地 宝塚市山本西2丁目6番11号

(5) 電話番号 0797-89-8551

FAX番号 0797-89-8554

(6) 管理者名 塚田 和成

(7) 当事業所の運営方針

1. 私たちは、利用者が主体的、自立的に生きていくことを援助します。
2. 私たちは、利用者一人一人が住み慣れた地域でより長く、より豊かに生活できるよう援助します。
3. 私たちは、地域の皆様から信頼され愛されるよう開かれた施設づくりに努めます。
4. 私たちは、サービス利用者の方が必要とする情報の提供を行うよう努めます。

(8) 開設年月日 2016年1月1日

(9) 利用定員 12名

(10) 実施地域 宝塚市

(11) 営業日及び営業時間

月曜日から日曜日 (但し12/31～1/3は休み)

営業時間 8:30～17:30

(12) 電話受付時間 8:30～17:00

※特別な事情にある場合は、上記時間の限りではない。

5. 事業所利用対象者

- (1) 当事業所をご利用できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果「要支援1、要支援2」「要介護1～要介護5」と認定された方が対象となります。
- (2) 契約の締結前に、当事業所から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。

このような場合には、ご利用者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

6. 主な職種の勤務体制

職種	人数	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. 介護職員	3名	3名
4. 機能訓練指導員	1名	1名

7. 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 生活相談員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
2. 介護職員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
介護職員 (早出)	8 : 1 5 ~ 1 6 : 4 5
介護職員 (遅出)	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
3. 機能訓練指導員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0

8. 主な職種の業務内容

生活相談員	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介護職員	利用者の日常生活上の介護と健康管理、並びに健康保持のための相談・助言を行います。
機能訓練指導員	利用者の機能訓練を担当します。

9. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

〈サービスの概要〉

① 送迎

利用者の当日の心身の状況や生活環境等に合わせ、利用者・家族に確認した上で安全な送迎を行います。

② 入浴

寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することが出来ます。

③ 排泄

排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 健康管理

介護職員が健康管理を行います。

定例行事及び全員参加するレクリエーション（近隣地域への外出含）

外出行事（ご希望者のみ、実費がかかる場合があります）

お花見、夏祭り、敬老祭、クリスマス会、節分、お誕生日会等

〈サービス利用料金〉

別表に定めます料金表によって、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（自己負担額）と食材料費の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の介護度に応じて異なります。）

(2) 利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に、ご利用者の都合により、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、利用予定日の2日前までに事業者へ申し出て下さい。

②給食費につきましては、当日10：30以降にキャンセルされた場合、料金をお支払いいただきます。

- サービス利用の変更・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、他の利用可能期間又は日時を利用者に提示して協議します。

(3) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、かかりつけ医への受診が基本となりますが、緊急時や休日の受診に備えて、希望の医療機関を確認させていただきます。利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

協力医療機関

医療機関名	所在地	電話番号
千船病院	大阪市西淀川区福町3-2-39	電話:06-6471-9541

10. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

(1) 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できますが、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 利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業所が解散した場合、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 事業所の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- 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 利用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 事業所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。)

(2) 利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間中であっても、利用者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。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、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- 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 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ 利用者が入院された場合（一部解約はできません）
- ④ 利用者の「居宅サービス計画」が変更された場合（一部解約はできません）
- ⑤ 事業所も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サービスを実施しない場合
- ⑥ 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑦ 事業所もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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
- ⑧ 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合

（3）事業所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、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ① 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を生じさせた場合。
- ② 利用者による、サービス料金の支払いが3ヵ月以上延滞し、催告にもかかわらず2週間以上これが支払われない場合。
- ③ 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サービス等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことにより、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ 利用者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、利用者が重大な自傷行為（自殺にいたる恐れがあるような場合）を繰り返すなど、契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。

（4）契約の一部が解約または解除された場合

契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

（5）契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、施設は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。

(6) サービス提供にあたって

当事業所は、利用者に対するサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② 利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、利用者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 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利用者の請求に応じて閲覧していただきます。
- ⑤ 利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急でやむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続きにより身体の拘束を最小限行なう場合があります。

11. 個人情報保護について

当事業所では、ご利用者の個人情報を下記の目的で利用させていただきます。これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて同意をいただくこととしております。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

(1) 事業所内部での利用目的

- ①当事業所が利用者等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用にかかる当事業所の管理運営業務のうち次のもの
 - ・入退所等の管理
 - ・会計、経理
 - ・事故等の報告
 - ・当該利用者の介護、医療サービスの向上

(2) 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ①当事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携、照会への回答
 - ・その他の業務委託
 - ・利用者の診療等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・家族等への心身の状況説明

②介護保険事務のうち

- ・ 保険事務の委託（一部委託含む）
- ・ 審査支払い機関へのレセプトの提出
- ・ 審査支払い機関又は保険者からの照会への回答

③損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届け出等

(3) 上記以外の利用目的

- ①介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
- ②当事業所等において行われる介護技術実習への協力
- ③介護の質の向上を目指した当事業所内で行われる事例研究
- ④外部監査機関への情報提供

また、個人情報についてお気づきの点はお申し出ください。

1 2. 当事業所利用の留意事項

当事業所をご利用にあたって、事業所に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

- (1) 共用施設、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- (2) 故意に、又は僅かな注意を払うことにより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、ご利用者に自己負担により現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。
- (3) 事業所の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動営利活動などを行うことはできません。
- (4) ペットの持ち込みはできません。
- (5) 施設内では禁酒・禁煙となっております。ご協力お願いいたします。

1 3. 緊急時における対応方法

利用者に対するサービス実施中に利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は事業所が定めた協力医療機関に連絡等必要な措置を講じるとともに、管理者に報告します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

1 4. 事故発生時の対応について

- (1) 事故が発生した場合には、市町村（保険者）、ご利用者やそのご家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防止するため必要な措置を講じます。

15. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合には、施設の損害賠償責任を減じる場合があります。

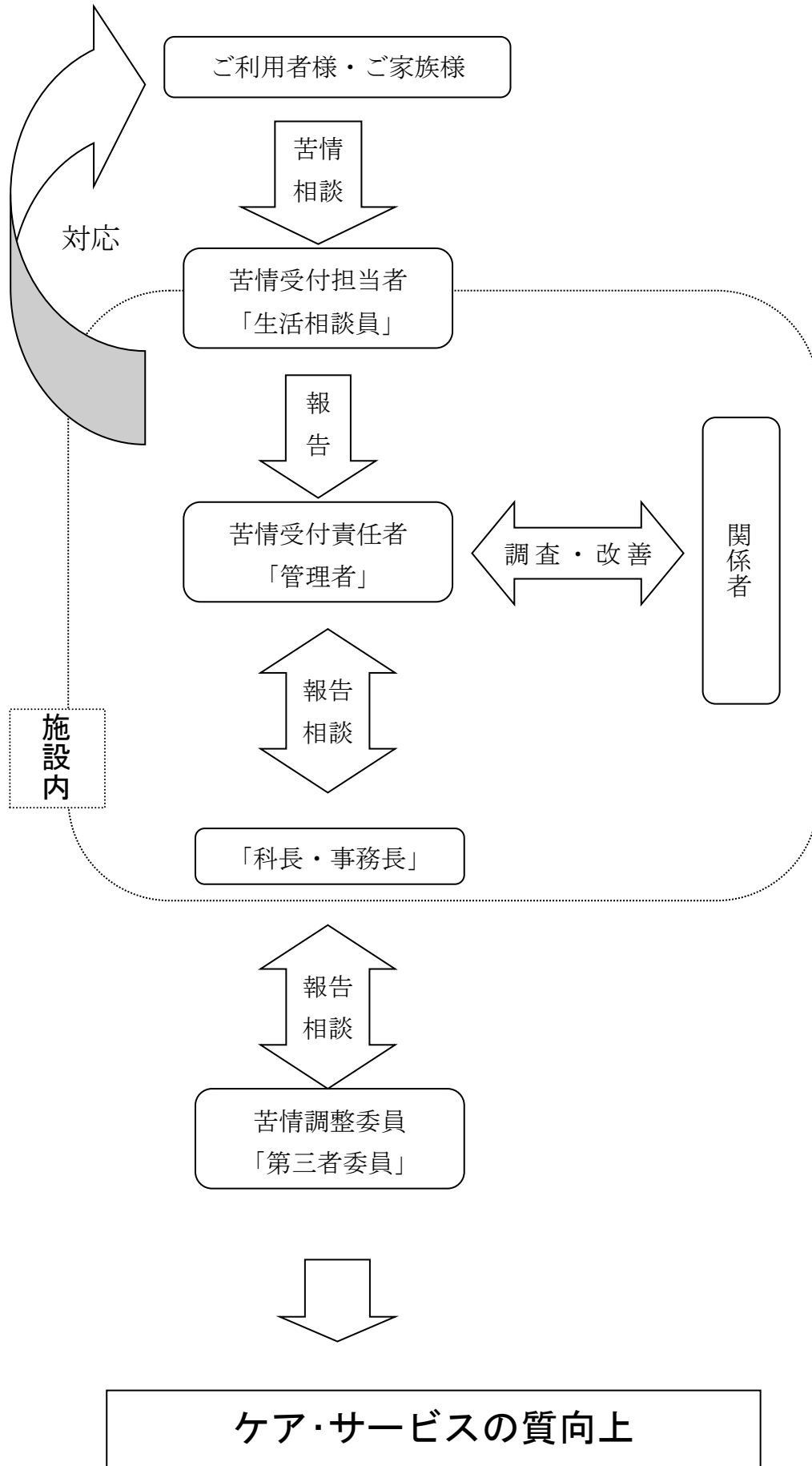
16. サービス提供に関する相談、苦情について

サービス提供に関する相談または苦情があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら、事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。）

※尚当施設では第三者委員会を設置しており、中立の立場で皆様のご相談に応じています。第三者委員会へのご相談、申し立てがございましたら下記窓口までお申し出下さい。

【事業所の窓口】 社会福祉法人愛和会 認知症対応型通所介護 花見鳥 管理者・相談員	所在地 宝塚市山本西2丁目6番11号 電話番号 0797-89-8551 FAX番号 0797-89-8554 受付時間 月～土 8:30～17:00（祝日を除く）
【市町村の窓口】 宝塚市役所介護保険課	所在地 宝塚市東洋町1番1号 電話番号 0797-77-2136 FAX番号 0797-71-1355 受付時間 9:00～17:00 月～金（祝日を除く）
【公的団体の窓口】 兵庫県国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 078-332-5617 FAX番号 078-332-5650 受付時間 8:45～17:15 月～金（祝日を除く）

《苦情対応の流れ》



17. 秘密の保持について

- (1) 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。
- (2) 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、従業者ではなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員と雇用契約の内容とします。
- (3) 利用者が、偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく市町村に通知します。

18. 非常災害対策について

- (1) 非常災害に備えて非常災害に関する具体的計画（消防計画等）を作成し、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策に万全を期すとともに、防火管理者又は火気・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。
- (2) 避難訓練は、可能な限り消防団や地域住民と連携して行うように努めます。
- (3) 管理者は従業者に対し、火災等の災害発生時に地域の消防機関へ速やかに通報する体制及び消火・避難等の際の消防団や地域住民との連携方法について周知徹底を行います。

19. 衛生管理等について

- (1) 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、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。また、これらを防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、密接な連携を保ちます。
- (3) 事業所内は空調設備等により適温を確保するように努めます。
- (4) 管理者は従業者に対して衛生管理、又は食中毒及び感染症に関する研修を定期的に実施し、従業者が必要な知識を習得するための措置を適切に講じます。

20. 身体拘束・虐待防止について

- (1) 身体拘束・虐待を防止するための従業者に対する研修を実施します。
- (2) 利用者及び家族からの苦情処理体制を整備します。
- (3) その他身体拘束・虐待防止のために必要な措置を講じます。
- (4) 事業者は、サービス提供中に、従業者又は養護者（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、速やかに市町村へ通報します。

年 月 日

認知症対応型通所介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 愛和会
所在地 豊中市寺内1丁目1番10号
理事長 高岡 秀幸
事業所 認知症対応型通所介護 花見鳥
所在地 宝塚市山本西2丁目6番11号

説明者職名 氏名

年 月 日

私達は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住 所

.....

氏 名

.....

私は、契約者が事業所からの重要事項の説明を受け、指定認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住 所

.....

氏 名

(契約者との関係

)

.....