

特定医療法人共和会

デイサービスセンター すずらんの里

(介護保険事業所番号 第 2394200154 号)

介護保険法に基づく認知症対応型通所介護

重要事項説明書

当事業所では、ご利用者様に対して認知症対応型通所介護を提供いたします。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ご説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

ご契約を結ばれる際には、本書の内容について説明を受けたことを証するため、本書の最終面へのご記入・押印をお願いいたします。

◆◆目次◆◆

- 1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口
- 2 事業者
- 3 ご利用の事業所の概要
- 4 営業日及び営業時間
- 5 ご利用される事業者が実施している他の介護保険事業
- 6 職員の体制
- 7 当事業所が提供するサービスと利用料金
- 8 利用の中止、変更、追加（キャンセル料）
- 9 利用に際しての留意事項
- 10 サービス提供の記録の保存と情報開示
- 11 守秘義務及び個人情報の利用について
- 12 緊急時の対応・事故発生時の対応について
- 13 賠償責任について
- 14 台風、地震等の悪天候時や災害時について
- 15 非常災害対策
- 16 虐待の防止
- 17 身体拘束の禁止
- 18 実習生の受け入れ
- 19 苦情の受付について

この「重要事項説明書」は、「知多北部広域連合指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」の規定に基づき、指定認知症対応型通所介護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。
 ※当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスのご利用は可能です。

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

※ご不明な点は何でもお尋ねください。

デイサービスセンター すずらの里	電話番号：0562-87-5006 受付時間：8時30分～17時30分 (日曜及び12月30日～1月3日までを除く)
------------------	--

担当者：伊藤篤史 大脇俊介

2 事業者

法人名	医療法人共和会
所在地	〒474-0071 愛知県大府市梶田町二丁目123番地
電話番号	0562-46-2222
FAX番号	0562-47-6577
代表者氏名	西岡和郎
法令遵守責任者	今村諭史
設立年月日	昭和34年10月1日

3 ご利用の事業所の概要

事業所の種類	認知症対応型通所介護事業
事業所の名称	デイサービスセンター すずらの里
介護保険事業所番号	第2394200154号(令和元年9月1日指定)
所在地	〒474-0071 愛知県大府市梶田町二丁目70番地
電話番号	0562-87-5006
FAX番号	0562-87-5008
管理者氏名	伊藤篤史
開設年月日	令和元年9月1日
事業の目的	医療法人共和会が設置するデイサービスセンター すずらの里(以下「事業所」という。)において実施する指定認知症対応型通所介護(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者、生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員(以下「従業者」という。)が、要介護状態にある利用者に対し、適切な指定認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。

運営方針	<p>指定認知症対応型通所介護の提供にあたっては、要介護状態となった場合においても、その認知症である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世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及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ものとする。</p> <p>2 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行う。</p> <p>3 利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>4 事業の実施にあたっては、関係市町村、知多北部広域連合、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者、地域住民等と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>5 指定認知症対応型通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行う。</p> <p>6 前5項のほか、「知多北部広域連合指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成25年3月8日条例第2号）に定める内容（以下「条例基準」という。）を遵守し、事業を実施する。</p>
対象となるご利用者様	要介護 1～5
通常の事業を提供する地域	大府市、東海市、知多市、東浦町
利用定員	12名

4 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日 (ただし、12月30日から1月3日までを除きます)
営業時間	午前8時30分より午後5時30分まで
サービス提供時間 (送迎時間を除きます)	午前9時15分より午後4時30分まで

5 ご利用される事業者が実施している他の介護保険事業

事業の種類		介護保険事業所指定番号	指定年月日	定員
居宅	居宅介護支援事業所	知多北部広域連合 2374200067号	平成11年7月30日	—
	訪問看護	愛知県 2364290029号	平成12年4月1日	—
	介護予防訪問看護	愛知県 2364290029号	平成18年4月1日	—
	通所リハビリテーション	愛知県 2314200086号	平成18年10月1日	20名

介護予防通所リハビリテーション	愛知県 2314200086 号	平成 18 年 10 月 1 日	20 名
訪問介護	愛知県 2374200760 号	平成 23 年 9 月 1 日	—
介護予防訪問介護相当サービス	知多北部広域連合 2374200760 号	平成 23 年 9 月 1 日	—
地域密着型通所介護	知多北部広域連合 2374200844 号	平成 25 年 1 月 1 日	18 名
介護予防通所介護相当サービス	知多北部広域連合 2374200844 号	平成 25 年 1 月 1 日	

6 職員の体制

当事業所では、ご契約者様に対して指定認知症対応型通所介護サービス及び指定介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

職種	従業員数	職務内容
管理者	1 名	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行います。
生活相談員	1 名以上	ご利用者様及びご家族様等からのご相談に応じ、利用申込に係る調整、従業員に対する技術指導、認知症対応型通所介護計画の作成、関係機関との連絡調整等を行います。
看護職員又は介護職員	1 名以上	認知症対応型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 ご利用者様の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行います。
機能訓練指導員	1 名以上	心身機能の低下の防止及び維持回復を図る為の訓練の実施。 個別機能訓練計画の作成。

7 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者様に対して以下のサービスを提供いたします。

<当事業所が提供するサービス>

サービス区分と種類	サービスの内容
利用者居宅への送迎	事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。

日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

＜認知症対応型通所介護従業者の禁止行為＞

認知症対応型通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

＜サービス利用料金（1回あたり）＞

指定認知症対応型通所介護を提供した場合の利用料金の額は、介護報酬の告示上の額とし、当該指定認知症対応型通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各ご利用者様の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。

（サービスの利用料金は、ご利用者様の要介護度に応じて異なります。）

ご利用者様の要介護度ごとのサービス利用料金

（1）介護保険の給付対象となるサービス

基本利用料

認知症対応型通所介護 8時間以上9時間未満

要介護度	1日あたりの利用料金	自己負担額が 1割の場合	自己負担額が 2割の場合	自己負担額が 3割の場合
要介護1	922単位(9,377円)	938円	1,876円	2,814円
要介護2	1,020単位(10,374円)	1,038円	2,075円	3,113円
要介護3	1,120単位(11,391円)	1,140円	2,279円	3,418円
要介護4	1,221単位(12,418円)	1,242円	2,484円	3,726円
要介護5	1,321単位(13,435円)	1,344円	2,687円	4,031円

認知症対応型通所介護 7時間以上8時間未満

要介護度	1日あたりの利用料金	自己負担額が 1割の場合	自己負担額が 2割の場合	自己負担額が 3割の場合
要介護1	894単位(9,092円)	910円	1,819円	2,728円
要介護2	989単位(10,059円)	1,006円	2,012円	3,018円
要介護3	1,086単位(11,045円)	1,105円	2,209円	3,314円
要介護4	1,183単位(12,032円)	1,204円	2,407円	3,610円
要介護5	1,278単位(12,998円)	1,300円	2,600円	3,900円

認知症対応型通所介護 6時間以上7時間未満

要介護度	1日あたりの利用料金	自己負担額が 1割の場合	自己負担額が 2割の場合	自己負担額が 3割の場合
要介護1	790単位(8,035円)	804円	1,607円	2,411円
要介護2	876単位(8,909円)	891円	1,782円	2,673円
要介護3	960単位(9,764円)	977円	1,953円	2,930円
要介護4	1,042単位(10,598円)	1,060円	2,120円	3,180円
要介護5	1,127単位(11,462円)	1,147円	2,293円	3,439円

認知症対応型通所介護 5時間以上6時間未満

要介護度	1日あたりの利用料金	自己負担額が 1割の場合	自己負担額が 2割の場合	自己負担額が 3割の場合
要介護1	771単位(7,842円)	785円	1,569円	2,353円
要介護2	854位(8,686円)	869円	1,738円	2,606円
要介護3	936単位(9,520円)	952円	1,904円	2,856円
要介護4	1,016単位(10,333円)	1,034円	2,067円	3,100円
要介護5	1,099単位(11,177円)	1,118円	2,236円	3,354円

認知症対応型通所介護 4時間以上5時間未満

要介護度	1日あたりの利用料金	自己負担額が 1割の場合	自己負担額が 2割の場合	自己負担額が 3割の場合
要介護1	771単位(7,842円)	785円	1,569円	2,353円

要介護 1	515 単位 (5,238 円)	524 円	1,048 円	1,572 円
要介護 2	566 単位 (5,757 円)	576 円	1,152 円	1,728 円
要介護 3	618 単位 (6,286 円)	629 円	1,258 円	1,886 円
要介護 4	669 単位 (6,804 円)	681 円	1,361 円	2,042 円
要介護 5	720 単位 (7,323 円)	733 円	1,465 円	2,197 円

加算

加算	1日あたりの利用料金	自己負担額が 1割の場合	自己負担額が 2割の場合	自己負担額が 3割の場合
入浴介助加算 (I)	40 単位 (406 円)	41 円	82 円	122 円
口腔機能向上加算 (I)	150 単位 (1,525 円)	153 円	305 円	458 円
個別機能訓練加算 (I)	27 単位 (274 円)	28 円	55 円	83 円
個別機能訓練加算 (II)	20 単位 (203 円)	21 円	41 円	61 円
若年性認知症利用者受入加算	60 単位 (610 円)	61 円	122 円	183 円
サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位 (223 円)	23 円	45 円	67 円
サービス提供体制強化加算 (II)	18 単位 (183 円)	19 円	37 円	55 円
サービス提供体制強化加算 (III)	6 単位 (61 円)	7 円	13 円	19 円
介護職員等処遇改善加算 II (ロ)	所定単位数に 22.9% を乗じた単位数で算定			

加算	1月あたりの利用料金	自己負担額が 1割の場合	自己負担額が 2割の場合	自己負担額が 3割の場合
ADL 維持等加算 (I)	30 単位 (305 円)	31 円	61 円	92 円
ADL 維持等加算 (II)	60 単位 (610 円)	61 円	122 円	183 円
科学的介護推進体制加算	40 単位 (406 円)	41 円	82 円	122 円
生活機能向上連携加算 (II) (個別機能訓練加算を 算定していない場合)	200 単位 (2,034 円)	204 円	407 円	611 円
生活機能向上連携加算 (II) (個別機能訓練加算を 算定している場合)	100 単位 (1,017 円)	102 円	204 円	306 円

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び認知症対応型通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、ご利用者様の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る認知症対応型通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、ご利用者様の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに認知症対応型通所介護計画の見直しを行いません。

※ご利用者様の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2 時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル

扱いとし、利用料はいただきません。

※月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。

※ご利用者様がまだ要介護認定を受けられていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けられた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い) また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合は、ご利用者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付いたします。

※ご利用者様に提供するお食事にかかる費用は別途いただきます。

※介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額にあわせてご利用者様の負担額を変更いたします。

※事業所と同一建物に居住するご利用者様については、真に送迎が必要な場合を除き送迎分の評価の適正化が行われます。

所定単位数から1回あたり 955円(94単位)減額

(介護保険適用時の自己負担額からは96円の減額)

※ご自宅と事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき477円(47単位)を所定単数から減額致します。

(介護保険適用時の自己負担額からは48円の減額)

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額がご利用者様のご負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 介護保険給付の支給限度額を超える認知症対応型通所介護のご利用

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者様の自己負担となります。

② お食事の提供にかかる費用

ご利用者様に提供するお食事の材料費や調理などにかかる費用です。

829円(昼食…726円 おやつ…78円 飲み物…25円)

③ レクリエーション活動材料費用

ご利用者様のご希望によりレクリエーション活動にご参加いただくことができます。

利用料金 材料代等 月/200円

④ 複写物の交付

ご利用者様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。ただし複写物を必要とする場合には、その費用をご負担いただきます。

1枚につき…10円

⑤ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金などご利用者様の日常生活に要する費用で、ご利用者様にご負担い

ただくことが適正であるものにかかる費用をご負担いただきます。

おむつ代・尿とりパット代…実費

⑥洗濯・乾燥代（ご利用になられた場合）

洗濯機（1回 200 円）、乾燥機（30 分 100 円）

（3）利用料金のお支払方法

前記（1）、（2）の料金・費用については、毎月1日を起算日とする1か月ごとに計算した「請求書」を翌月10日以降にお届けします。ご利用者様は、翌々月6日までに次のいずれかの方法で事業所にお支払いください。

1. 指定口座へのお振込み

振込手数料は、ご利用者様のご負担になります。

お支払い期限はご利用の翌々月6日になります。

<振込先>

あいち銀行 大府中央支店 預金種目：普通 口座番号：5030014

リョウホクゾ ソウカケイ イービ センターズ ランパト

医療法人共和会デ イービ センターズ ランパト

2. 金融機関口座からの自動引き落とし

- ご利用の翌々月6日に、ご指定の口座より自動引き落としによりお支払いいただきます。
- 引き落とし日の6日が銀行休業日の場合は翌営業日になります。
- 引き落としにかかる手数料は、事業者が負担いたします。
- 自動口座引き落としでのお支払いにあたっては、集金代行サービス会社の様式への、依頼書・申込書のご記入をお願いいたします。（初回のみ）
- ご記入後、自動口座引き落としの登録完了までに1か月程度かかります。

3. 現金でのお支払い

事業所にご来所の上、お支払いください。

お支払いは、月曜日から金曜日までの午前8時30分～午後5時30分までをお願いいたします。

お支払い期限は、ご利用の翌々月6日になります。

8 利用の中止、変更、追加（キャンセル料）

ご利用予定日の前に、ご利用者様のご都合により、サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合はサービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。

ご利用予定日の当日午前8時30分までにご連絡がなく、当日になってサービスを中止する場合、次のキャンセル料をいただきます。（ただし、ご利用者様の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。）

サービス利用の変更・追加のお申し出に対して、事業所の稼働状況により、ご利用者様の希望する期間にサービス提供ができない場合には、他の利用可能日時をご利用者様に提示し協議させていただきます。

お食事については、事由のいかんにかかわらず当日朝 10 時までの取り消しのみ有効となりますのでご了承ください。

利用料	当日午前 8 時 30 分までにお申し出があった場合	無料
	当日午前 8 時 30 分までにお申し出がなかった場合 またはご連絡がなかった場合	予定されていたサービス利用料金の 100%（保険給付費相当額分を含む）をキャンセル料として請求させていただきます。
お食事	当日午前 10 時までにお申し出があった場合	無料
	当日午前 10 時までにお申し出がなかった場合	食費 726 円・おやつ 78 円・飲み物 25 円

9 利用に際しての留意事項

- (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者にお知らせください。
- (2) ご利用者様が要介護認定を受けていない場合は、ご利用者様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、居宅介護支援がご利用者様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、遅くともご利用者様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) ご利用者様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、ご利用者様及びご家族様の意向を踏まえて、「認知症対応型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「認知症対応型通所介護計画」は、ご利用者様又はご家族様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いたします。
- (4) サービス提供は「認知症対応型通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「認知症対応型通所介護計画」は、ご利用者様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) 認知症対応型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ないますが、実際の提供にあたっては、ご利用者様の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。
- (6) 病状の変化、かかりつけ医及び服薬内容等の変更があった際には、事業所の職員までご一報ください。
- (7) 毎回、血圧、脈拍等の測定をいたしますが、体調の思わしくないときは速やかにお申し出ください。体調確認後、サービス利用が困難と判断した場合は、サービスの中止あるいは変更をしていただく場合があります。
- (8) ご病状によっては「診療情報提供書」を提出していただく場合があります。（文書料は自己負担になります）
- (9) サービスご利用時間、利用曜日等の変更は、担当の介護支援専門員とご相談の上、ご連絡ください。

(10) ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの中止や契約を解除することもあります。

10 サービス提供の記録の保存と情報開示

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保存いたします。ご利用者様、又はご家族様よりご希望があった場合には、当施設にて閲覧をすることができます。

11 守秘義務及び個人情報の利用について

- (1) 事業所及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様及びそのご家族様に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後においても継続いたします。
- (2) 個人情報の使用は、同意を得た利用目的の達成に必要な範囲内において適正に使用いたします。
- (3) ご利用者様、又はご家族様の同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意・依頼のもとで、個人情報の提供・預託を行う場合においても、個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録し、提供・預託先が適正に管理をするよう監督いたします。

<個人情報を利用させていただく範囲>

- ①当事業所による適切な認知症対応型通所介護サービスの提供のため
- ②提供したサービスに関する請求業務などの介護保険事務のため
- ③サービス提供にかかる利用開始・終了手続きなどの管理運営のため
- ④居宅サービスの適切な提供のための、他の居宅サービス事業者との連携（サービス担当者会議など）、照会への回答のため
- ⑤緊急を要する場合の、医師や救急隊への連絡のため
- ⑥ご家族に対するご本人様の心身の状況や利用状況に関する報告のため
- ⑦当事業所のサービスの、維持・改善に資する基礎資料（アンケート等）の作成のため
- ⑧当事業所で行われる職員研修における事例検討のため
- ⑨当事業所で行われる学生等の実習教育のため
- ⑩審査支払機関（国保連）や保険者からの照会など、法令上応じることが義務付けられている事項のため
- ⑪外部審査機関・サービス評価機関への情報提供のため
- ⑫損害賠償保険・傷害保健等にかかる保険会社等への相談・届出のため
- ⑬その他、特に目的を特定のうえ、同意を得て収集した個人情報については、その利用目的に沿う範囲

<ご利用者様の映像・写真について>

当センターがご利用者様ご本人の映像や写真について、

- ホームページ・SNS（Facebook・Instagram・ブログ等）
- パンフレット
- 広報誌

センター内掲示物 に使用することを同意します。

写真・動画掲載に承諾いただける方はこちらチェックをお願い致します。

1.2 緊急時の対応・事故発生時の対応について

サービスの提供時に、ご利用者様の体調等が急変した際には、下記の緊急時連絡先により、ご家族様、ご利用者様が予め指定する連絡先、かかりつけ医又は医療機関等に適切に連絡をとり、必要な対応を行います。なお、特に緊急を要すると思われる場合につきましては、事業者の判断により、先に救急車の要請を行うなど必要な対応を行う場合があります。

サービス提供中に事故が発生した場合には、ご利用者様のご家族様、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなどの必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、速やかに損害賠償を行います。

主治	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地および電話番号	TEL
緊急	①氏名(続柄)	続柄
	住所および電話番号	TEL
	②氏名(続柄)	続柄
	住所および電話番号	TEL

1.3 賠償責任について

事業者はサービスの提供にあたってご契約者様の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償いたします。

ただし、事業者が故意過失がなかった場合や、事業者の責任によらない場合は、この限りではありません。

1.4 台風、地震等の悪天候時や災害時について

台風、積雪又は地震（地震予知警戒警報発令時も含みます）等のサービスの提供が困難な場合には、やむを得ずサービスの提供を中止させていただく場合があります。

1.5 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応いたします。
--------	------------------------

防火管理者	今村諭史
防災訓練	年2回防災訓練を実施いたします。
防災設備	自動火災通報装置、スプリンクラー、非常時通報装置、消火栓、消火器など

16 虐待の防止

ご利用者様の人権擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり、必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 伊藤篤史
-------------	----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 研修などを通じて、すべての職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。

(5) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

(6) 職員が支援にあたっての悩みや心配事を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者様の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

17 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者様の自由を制限するような身体拘束は行わないことをお約束いたします。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ないときには、事前にご利用者様及びそのご家族様へ十分な説明を行い、同意を得たうえで、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その様態及び時間、その際のご利用者様の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由について記録いたします。

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します。

(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します。

(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。

18 実習生の受け入れ

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、ヘルパーや看護師などの育成、教育機関からの実習生を受け入れることがあります。

19 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所のサービスに関する苦情やご相談につきましては、以下の専用窓口にて受け付けております。

<苦情受付窓口>

事業所管理者 伊藤篤史 生活相談員 大脇俊介

<受付時間>

毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時30分（時間外は留守番電話にて対応いたします）
お電話の場合 0562-87-5006

（2）円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順について

苦情があった場合には、苦情処理内容を正確に苦情処理受付簿に記入し、事務所で定めた次の処理手順に基づき、迅速に対応いたします。

<具体的な対応方針>

① 苦情処理の把握

当日又は時間帯によっては翌日に、ご利用者様宅に訪問し、受け付けた苦情内容を確認するとともに、今後の対応や予定をご説明いたします。

② 検討会の開催

管理者が、関係職員から事情を聴きとるとともに苦情の原因を把握し、関係職員と検討を行います。

③ 改善の実施

ご利用者様に対し対応策を説明するとともに、改善を速やかに実施し、改善状況を確認いたします。

（損害を賠償すべき事故が発生した場合は速やかに賠償を行います）

④再発防止

同様の苦情、事故が起こらないように苦情処理の内容を記録し、職員へ周知するとともに、「苦情処理マニュアル」を作成・改善し、研修などの機会を通じて、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指します。

（3）行政機関その他苦情受付機関

愛知県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

所在地 名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館南館7階

愛知県国保連合会介護福祉課内 苦情相談室

電話番号 052-971-4165

愛知県社会福祉協議会運営適正化委員会

所在地 名古屋市東区白壁1丁目50

電話番号 052-212-5515

知多北部広域連合

所在地 愛知県東海市荒尾町西廻間 2-1 東海市しあわせ村内
電話番号 052-689-2263

大府市高齢障がい支援課

所在地 大府市中央町五丁目 70 番地
電話番号 0562-45-6289

東海市高齢者支援課

所在地 東海市荒尾町西廻間 2 番地の 1
電話番号 052-689-1600 (代)

知多市長寿課

所在地 愛知県知多市緑町 1 番地
電話番号 0562-33-3151 (代)

東浦町役場ふくし課

所在地 愛知県知多郡東浦町大字緒川字政所 20 番地
電話番号 0562-83-3111 (代)

この重要事項説明書については 2 通作成し、利用者、事業所が 1 通ずつ保有するものとします。

附則（最終変更以外省略）

この規程は、2026 年 6 月 1 日に改訂する。

認知症対応型通所介護サービスの提供の開始に当たり、本書面に基づき重要な事項の説明を行い交付いたしました。

<事業所>

所在地 愛知県大府市梶田町二丁目70番地

事業所名 デイサービスセンター すずらの里

<説明者>

職名

氏名 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業所から認知症対応型通所介護サービスについて、上記重要事項の説明を受け、認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意し交付を受けました。また、個人情報の取り扱いに関しても十分理解のうえ同意します。

<ご利用者様>

住所

氏名 _____ (印)

<署名代行者>

住所

氏名 _____ (印) (続柄)

<ご家族様の代表>

住所

氏名 _____ (印) (続柄)

個人情報利用同意書

私及び私の家族の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 認知症対応型通所介護サービスの提供を受けるに当たって、認知症対応型通所介護サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況等を把握するため。
- (2) 事業所内のカンファレンスのため
- (3) 医療機関、介護保険施設、介護支援専門員、介護保険事業所、自治体（保険者）、その他社会福祉施設・団体との連絡調整のため

2 個人情報の内容

- (1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業者が地域密着型通所介護サービスを行うために必要な利用者や家族の個人情報
- (2) その他利用者や家族に関する個人情報であって、特定の個人が識別され、又は識別されうる情報

3 使用する期間

サービス契約締結日からサービス提供の終了日まで

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外のもに漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録すること。

以上

医療法人共和会

デイサービスセンター すずらんの里 御中

令和 年 月 日

<ご利用者様>

住所

氏名 _____ ㊞

<署名代行者>

住所

氏名 _____ ㊞ (続柄 _____)

<ご家族様の代表>

住所

氏名 _____ ㊞ (続柄 _____)