東恵園指定第一号通所介護事業所　重要事項説明書

あなた様（又はあなた様のご家族様）が利用しようと考えている第一号通所介護事業について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「鹿角市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成 28 年 12 月 1 日訓令第 124 号）」及び「鹿角市介護予防・日常生活支援総合事業における第一号訪問・通所介護事業者の指定等に関する要綱（平成 30 年 1 月 25 日訓令第 2 号）」の内容に基づき、第一号通所事業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。

1　第一号通所介護事業を提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人　花輪ふくし会
代表者氏名	理事長　　丸　岡　克　彦
本社所在地 （連絡先及び電話番号等）	秋田県鹿角市花輪字案内 63 番地 1 電話 0186-22-4000　FAX 0186-22-4141
法人設立年月日	昭和 40 年 4 月 6 日

2　ご利用者様に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 当事業所の所在地等

事業所名称	東恵園指定第一号通所介護事業所
介護保険指定事業所番号	鹿角市 0570902098
開設年月日	平成 30 年 4 月 1 日
事業所所在地	秋田県鹿角市花輪字古館 5 番地 1
責任者	東恵園地域生活支援センター　　センター長　　花田　優
連絡先 相談担当者名	電話 0186-31-0100　FAX 0186-23-8030 村木容子、田中聖子
事業所の通常の事業の実施地域	鹿角市内全域
利用定員	1 日 15 人まで
建物の構造	鉄筋コンクリート造陸屋根平家建
面積	1,073.45 ㎡
設備 （専用スペース）	食事を行う場所　　約 24 ㎡ 機能訓練を行う場所　　約 21 ㎡ 静養室　　約 23 ㎡
設備 （認知症対応型通所介護・通所介護との共用）	玄関、相談室、食堂、機能訓練室、静養室、事務室、消火設備 【浴　室】一般浴 3・中間浴 2・特別浴 1 【トイレ】男性用 1・女性用 1・車椅子用 4 【火災通報装置】1 【自動火災報知設備】40 【消火器】10 【誘導灯】15
最寄駅からの距離	JR「鹿角花輪駅」から車で 6 分

生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関（生活保護の介護扶助を行う機関）の指定	あり
社会福祉士及び介護福祉士法第 48 条の 3 に規定する登録喀痰吸引等事業者	なし
提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無）	なし

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	ご利用者様が可能な限りその居宅において、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支援及び機能訓練を行うことにより、ご利用者様の心身機能の維持回復を図り、もってご利用者様の生活機能の維持又は向上を目指します。
運営の方針	ご利用者様の人格を尊重し、常にご利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、ご利用者様及びそのご家族様のニーズを的確に捉え、ケアプランに沿った個別援助計画を作成することにより、ご利用者様が必要とする適切なサービスを提供します。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月・火曜日・木曜日・土曜日まで（水・金・日曜日休業）となっております。ただし、8 月 13 日から 16 日及び 12 月 31 日から 1 月 3 日まで、また緊急の場合は休業をいただく場合もございます。						
	日	月	火	水	木	金	土
	×	○	○	×	○	×	○
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までとなっております。						

(4) サービス提供時間

サービス提供時間	午前 10 時から午後 3 時までとなっております。
延長時間	ご利用者様からのご希望があり、それに対応可能な場合は、サービス提供時間の延長ができます。

(5) 当事業所の職員体制

管理者	花田　優

職	職務内容		人員数
管理者	1　当事業所を代表し、業務の総括の任にあたります。 2　法令等において規定されている第一号通所介護の実施に関し、従業員に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。		1 名
	資格等	介護福祉士	
生活相談員	1　ご利用者様及びご家族様の必要な相談に応じます。 2　ご利用者様に適切なサービスが提供されるよう、当事業所内のサービスの調整を行います。 3　ご利用者様に係る介護予防支援事業者等他の機関との連携において、必要な役割を果たします。		1 名以上
	資格等	社会福祉主事　介護支援専門員　社会福祉士	

介護職員	1　ご利用者様の心身の状況を的確に把握し、適切な援助を行います。		1名以上
	資 格 等	介護福祉士　初任者研修修了	
機能訓練指導員（看護職員）	1　ご利用者様の健康チェック（血圧・体温測定等）を行います。 2　ご利用者様の皮膚・怪我・床ずれ等の状態を的確に把握し、必要に応じ対応いたします。 3　ご利用者様が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練等を行います。 4　必要に応じ、医療機関・ご利用者様のご家族様とのやり取りを行います。		1名以上
	資 格 等	看護師　准看護師	
調 理 員	1　ご利用者様の食事の調理の一切を行います。		3名
運 転 手	1　ご利用者様の送迎を行います。		2名
事務職員	1　第一号事業支給等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。		3名

3　提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ　ー　ビ　ス　の　内　容
個別援助計画の作成		1　ご利用者様に係る介護予防支援事業者等が作成した介護予防ケアプラン等に基づき、ご利用者様の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた個別援助計画を作成します。 2　個別援助計画の作成にあたっては、その内容についてご利用者様又はそのご家族様に対して説明し、同意を得ます。 3　個別援助計画の内容について、ご利用者様の同意を得たときは、当該個別援助計画書をご利用者様に交付いたします。 4　個別援助計画に基づくサービスの提供の開始時から、3ヶ月ごとに、当該個別援助計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。 5　上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて個別援助計画の変更を行います。
ご利用者様の居宅への送迎		当事業者が保有する自動車により、ご利用者様の居宅と当事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭い等の事情により自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行援助により送迎を行うことがあります。
健康のチェック		血圧測定・体温測定・ご利用者様の健康状態の把握に努めます。
日常生活上の援助	食事の提供及び援助	食事の提供及び援助が必要なご利用者様に対して、援助を行います。又、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。
	入浴の提供及び援助	入浴の提供及び援助が必要なご利用者様に対して、入浴（全身浴・部分浴）の援助や清拭（身体を拭く）、洗髪等を行います。（事業対象者を除く）

	排泄の援助	援助が必要なご利用者様に対して、排泄の援助、おむつ交換を行います。
	更衣援助	援助が必要なご利用者様に対して、上着、下着の更衣の援助を行います。
	移動･移乗援助	援助が必要なご利用者様に対して、室内の移動、車いすへ移乗の援助を行います。
	服薬援助	援助が必要なご利用者様に対して、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	ご利用者様の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣、移動等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	ご利用者様の能力に応じて､集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操等を通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	ご利用者様の能力に応じて､機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動等	ご利用者様の選択に基づき、趣味･趣向に応じた創作活動等の場を提供いたします。
	関係機関との連絡調整	援助が必要なご利用者様に対して､関係機関との連絡調整の援助を行います。
	相談及び助言	援助が必要なご利用者様に対して、身体の介護並びに、生活・身上・介護に関する相談及び助言を行います。
運動機能向上	1　ご利用者様の運動器機能の向上を目的として､心身の状態の維持改善のため、ご利用者様の運動器機能を把握し、運動器機能向上計画を作成いたします。 2　ご利用者様ごとの運動器機能向上計画に基づき､運動器の機能向上サービスを個別的に実施いたします。 3　ご利用者様の運動器機能向上計画に基づき､実施されているサービスの進捗について、定期的に記録を行い、運動器機能向上計画の状況を定期的に評価いたします。	

⑵ 第一号通所事業従業員の禁止行為

第一号通所事業従業員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、看護職員が行う診療の補助行為を除く。）
② ご利用者様又はご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
③ ご利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受
④ 身体拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様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 その他ご利用者様又はご家族様等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

⑶ 提供するサービスの利用料、ご利用者様の自己負担額については、別紙「料金表」に記載しています。

⑷ 月ごとの定額制となっていますが、月途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合等は日割り計算を行います。他に以下のような場合に日割り計算を行います。

① 月途中で要支援度が変更になった場合
② 月途中に要介護から要支援に変更になった場合
③ 月途中に要支援から要介護に変更になった場合
④ 鹿角市内で第一号通所事業所を変更した場合

⑸ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）は、従業員がご利用者様の口腔の健康状態及び栄養

状態について、第一号通所介護サービス利用開始時及び利用中 6 ヶ月ごとに確認を行い、当該情報を介護支援専門員に提供した場合に算定します。

(6) 口腔機能向上加算は「口腔清潔」「唾液分泌」「咀嚼（そしゃく)」「嚥下（えんげ)」「食事摂取」などの口腔機能の低下が認められる状態、または口腔機能が低下するおそれがあるご利用者様に対し、口腔機能改善管理指導計画を作成、個別での指導を行った場合に算定します。

(7) 科学的介護推進体制加算は、ご利用者様ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他のご利用者様の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて第一号通所介護サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、適切かつ有効にサービス提供するための必要な情報を活用できる体制となっている場合に算定します。

(8) サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして届け出し、ご利用者様に対して第一号通所事業を行った場合に算定します。

(9) 「介護職員等処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和 6 年 3 月 15 日厚生労働省老健局長発 0315 第 2 号)」に基づき、介護サービスに従事する介護職員の賃金改善、介護職員の確保・定着等に充てることを目的に創設された「介護職員等処遇改善加算」を算定します。なお、介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

(10) 介護報酬改定等で利用料、又はその他の費用が変更になる場合は、サービス提供の 1 ヶ月前までにご利用者様へ文書でお知らせいたします。又、料金変更後は、ご利用者様から同意をいただいてからのサービス提供となりますので、予めご了承ください。

4　その他の費用について

<table>
<tr><td>食事の提供に要する費用</td><td colspan="2">530 円（1 食当りの食材料費及び調理コスト）</td></tr>
<tr><td>おむつ代</td><td colspan="2">実費相当</td></tr>
<tr><td>レクリエーション・創作活動費</td><td colspan="2">第一号通所事業の中で提供されるサービスのうち、特別料金のかかるレクリエーションと創作活動において、ご利用者様に負担いただくことが適当であるものの費用を負担していただく場合がございます。ただし、ご利用者様から同意をいただいてからのサービス提供となります。（通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて H12.3.30 付老企第 54 号）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">キャンセル料</td><td colspan="2">利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。</td></tr>
<tr><td>利用前日の昼 12 時までにご連絡をいただいた場合</td><td>キャンセル料は不要です。</td></tr>
<tr><td>利用前日の昼 12 時以降にご連絡をいただいた場合</td><td rowspan="3">食事の提供に要する費用(530 円)を請求させていただきます。</td></tr>
<tr><td>お迎えの際に不在だった場合</td></tr>
<tr><td>サービス利用途中に体調不良等で帰宅された場合</td></tr>
</table>

5　利用料、ご利用者様の負担額、その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料、ご利用者様の負担	1　利用料、ご利用者様の負担額及びその他の費用の額はサービ

額、その他の費用の請求方法等	ス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 2　上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 18 日までに、ご利用者様宛て（郵送）にお届けいたします。 3　請求書等は原則としてご利用者様宛てでのお届けですが、ご利用者様と居住地の異なる方へのお届けをご希望の場合は、予めお知らせくださいますようお願いいたします。
利用料、ご利用者様の負担額、その他の費用の支払い方法等	1　請求月の 25 日（金融機関が休日の場合は前営業日）までに、指定口座からの引き落とし、現金、銀行振込のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）指定口座から引き落としができる金融機関は次のとおりです。 ・秋 田 銀 行（支店は問いません） ・北 都 銀 行（支店は問いません） ・かづの農協（支所は問いません） ・ゆうちょ銀行（支店は問いません） （イ）現金でお支払される場合は職員へ手渡すか、当事業所へ直接お越しください。 （ウ）銀行振込の手数料は、ご利用者様がご負担ください。 秋田銀行　花輪支店　普通　607912 東恵園地域生活支援センター（トウケイエンチイキセイカツシエンセンター） センター長（センター チョウ） 花田（ハナタ） 優（ユウ） 2　お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しいたしますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

※利用料、ご利用者様の負担額及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 1 ヶ月以上遅延した場合、事由を示した文書を通知し、サービス提供の契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6　サービスの提供にあたって

(1) 正当な理由なく、第一号通所サービスの提供を拒むことはいたしません。なお、提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、①当事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合、②利用申込者様の居住地が当事業所の通常の事業の実施地域外である場合、③その他利用申込者様に対し自ら適切な第一号通所サービスを提供することが困難な場合等がこれにあたります。（根拠：「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成 12 年 11 月 16 日老振第 76 号）の 1 を除く。）

(2) 第一号通所サービスの提供が困難な場合は、介護予防支援事業者等への連絡を行い、他の第一号通所事業所の紹介等、必要な措置を速やかに行います。

(3) 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、事業対象・要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）並びに介護保険負担割合を確認させていただきます。被保険者の住所等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。

(4) サービス提供前に、生活相談員等が主治医等の意見を確認いたします。ご利用者様が感染症等を有し、サービス提供に重大な影響を与えるおそれがある等やむを得ない場合には、治癒するまではサービスの提供をお断りいたします。サービスのご利用（再開）は、管理者等の可否判断となりますので、予めご了承ください。

(5) ご利用者様に係る介護予防支援事業者等が作成する「介護予防ケアプラン等」に基づき、ご利用者様及びご家族様の意向を踏まえて、「個別援助計画」を作成いたします。なお、作成した「個別援助計画」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。

(6) サービス提供は「個別援助計画」に基づいて行います。なお、「個別援助計画」は、ご利用者様等の心身の状況や意向等の変化により、必要に応じて変更することができます

(7) 第一号通所事業従業員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、ご利用者様の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

(8) サービスの質の向上等のため、ICT 等を活用した情報収集や多職種連携の推進、定期的な研修や勉強会の実施、モニタリング等の PDCA サイクル等の取組に努めます。又、「毎日振り返りシート」を活用し、目的に応じた適切な振り返りを行うことで、より質の高いサービスの提供を目指します。

(9) サービス利用にあたり、ご利用者様及びそのご家族様に留意いただきたい事項として、次の行為は禁止していただきます。

① 職員に対する身体的暴力（叩く、つねる、蹴る、物を投げる、唾を吐く等身体的な力を使用して危害を及ぼす行為）

② 職員に対する精神的暴力（大声で威圧する、長時間にわたり怒鳴る、理不尽な要求、暴言等、個人の尊厳や人格、能力を否定し言葉や態度で傷つけ、おとしめたりする行為）

③ 職員に対するセクシャルハラスメント（不必要に身体を触る、抱きしめる、性的・卑猥な言動をする、サービス提供に無関係に下半身を露出して見せる、その他職員が嫌がる性的な行為をする等）

④ その他、職員個人に対する誹謗中傷や脅迫行為等

7 虐待の防止について

当事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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	東恵園地域生活支援センター　センター長　花田　優

(2) 虐待防止委員会を毎月１回以上開催しています。

(3) 「虐待防止セルフケアチェックリスト」を活用しています。

(4) 従業員に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を年に１回以上実施しています。

(5) サービス提供中に、当事業所従業員又は養護者（現に養護しているご家族様・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかにこれを虐待防止委員会、又は虐待防止責任者、又は鹿角市福祉保健センターに通報いたします。

8 身体拘束の廃止について

当事業者は、原則としてご利用者様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合等、ご利用者様本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、ご利用者様に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び対応等についての記録を行い

ます。又、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) 身体拘束に関する実施責任者を選定しています。

身体拘束廃止の実施責任者	東恵園地域生活支援センター　管理課長　餅田幸之

(2) 身体拘束廃止委員会を毎月1回以上開催しています。

(3) 従業員に対する身体拘束廃止を啓発･普及するための研修を年に2回以上実施しています。

(4) ご利用者様の居宅において、「安全」という名目で身体拘束が行われている場面を発見した場合は、ご家族様や介護予防支援事業者等と協力し、「利用者本位」の支援・介護の実現を目指します。

9　秘密の保持と個人情報の利用・保護、映像・写真等の使用について

ご利用者様及びそのご家族様に関する秘密の保持について	① 当事業者は、ご利用者様又はそのご家族様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び当法人が策定した「個人情報保護方針」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものといたします。 ② 当事業者及び当事業者の使用する者（以下「従業員」という。）は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ 又、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続いたします。 ④ 当事業者は、従業員に、業務上知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業員との雇用契約の内容といたします。 ⑤ 上記にかかわらず、当事業者は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に定める通報を行うことができるものとし、その場合、当事業者は、秘密保持義務違反の責任を負わないものといたします。
個人情報の利用・保護について	① 当事業者は、ご利用者様に係る介護予防支援事業者等との間で開催されるサービス担当者会議等において、ご利用者様及びご家族様の状態把握が必要なとき個人情報を利用いたします。 ② 上記①の他、介護予防支援事業者等との連絡調整が必要なとき個人情報を利用いたします。 ③ 当事業者は、ご利用者様がサービス利用中に万が一体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったとき、医師や看護師等からの情報提供の求めに応じ個人情報を利用いたします。 ④ 上記以外の目的で個人情報を使用するときは、予め文書で同意を求めます。 ⑤ 当事業者は、ご利用者様又はそのご家族様に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、又、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものといたします。 ⑥ 当事業者が管理する情報については、ご利用者様の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、必要な範囲内で訂正等を行うものといたします。

映像・写真等の使用について	① 当事業者は、当法人の事業紹介や東恵園地域生活支援センターでの取り組みを紹介する用途に限り、ご利用者様の映像・写真等を撮影いたします。 ② ご利用者様の映像・写真等は、以下の場合に使用します。 ・ホームページ・フェイスブック等 ・パンフレットや広報誌等 ・社内研修の資料・掲示物等 ③ ご利用者様の映像・写真等使用するときは、予め文書で同意を求めます。 ④ 当事業者は、ご利用者様の映像・写真等が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、又、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものといたします。

10　緊急時の対応方法について

サービス提供中に、ご利用者様に病状の急変が生じた場合及びその他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご利用者様が予め指定する連絡先にも連絡いたします。

ご家族様等緊急連絡先	①	氏　　名　　続柄 電話番号 勤務先等
	②	氏　　名　　続柄 電話番号 勤務先等
主　治　医	医療機関名 受　診　科 電 話 番 号	

11　事故発生時の対応方法について

(1) ご利用者様に対する第一号通所事業の提供により事故が発生した場合は、鹿角市、ご利用者様のご家族様、ご利用者様に係る介護予防支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) ご利用者様に対する第一号通所事業の提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。ただし、当事業所に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

鹿角市福祉保健センター 介護保険担当	所 在 地　秋田県鹿角市花輪字下花輪 50 番地 電話番号　0186-30-0234（直通） 受付時間　午前 9 時から午後 5 時まで（土日祝は休み）
介護予防支援事業者	事 業 所 名 電 話 番 号 担当介護支援専門員

(3) 当事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	社会福祉法人　全国社会福祉協議会
	保　険　名	社会福祉施設総合損害補償（しせつの損害補償）

	補償の概要	①基本補償　②見舞費用補償　③訪問・相談等サービス補償 ④個人情報漏えい対応補償　⑤傷害事故補償
自動車保険	保険会社名	東北自動車共済協同組合
	保　険　名	自動車共済
	補償の概要	①対人賠償　②対物賠償　③人身傷害　④搭乗者傷害

(4) 業務継続の取組強化のため、事業継続計画（BCP）等を策定しています。

12　利用時のリスクについて

当施設（事業所）ではご利用者様が快適な生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、ご利用者様の身体状況（健康状態）や病気に伴う様々な症状・あるいは日常生活の中で、予期せぬ危険が生じるリスクがある事を十分ご理解ください。

(1) 当施設（事業所）は生活の場であり、病院と同じような治療は出来ないことをご理解ください。

(2) 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。

(3) 身体拘束は原則として行わないことから、最善の注意を払い支援を行いますが、ご利用者様の身体状況や精神状況によっては、転倒や転落による怪我等、無断での外出等が起きる可能性があります。

(4) 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。

(5) 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。

(6) 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。

(7) 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

(8) 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。

(9) 施設（事業所）内でご利用者様又は職員が感染症を発症した場合、拡大しないよう十分に注意しますが、集団生活のため、罹患する可能性がある事をご理解ください。

13　心身の状況の把握について

第一号通所事業の提供にあたっては、介護予防支援事業者等が開催するサービス担当者会議等を通じて、ご利用者様の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものといたします。

14　介護予防支援事業者等との連携について

(1) 第一号通所事業の提供にあたり、介護予防支援事業者等及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

(2) サービス提供の開始に際し、ご利用者様に係る介護予防支援事業者等が作成した介護予防ケアプラン等に基づき作成する「個別援助計画」の写しを、ご利用者様の同意を得た上で介護予防支援事業者等に速やかに送付いたします。

(3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに介護予防支援事業者等に送付いたします。

15　サービス提供の記録について

(1) 第一号通所事業の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを終了した日から 5 年間保存いたします。

(2) ご利用者様は、当事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び実費を支払うことにより複写物の交付を請求することができます。

16　非常災害対策について

(1) 当事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

防火管理者	東恵園地域生活支援センター　管理課長　餅田幸之

(2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知いたします。

(3) 年 2 回以上、避難、救出、通報その他必要な訓練を行います。

17　衛生管理等・感染症等の対策について

(1) 衛生管理・感染症等対策に関する実施責任者を選定しています。

衛生管理の実施責任者	東恵園地域生活支援センター　主任看護師　佐藤恵子

(2) 衛生委員会を毎月 1 回以上開催しています。

(3) 従業員に対する感染症等対策を普及するための研修を年に 1 回以上実施しています。

(4) 第一号通所事業に使用する施設、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。

(5) 当事業所において感染症が発生、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

(6) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について､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。

(7) 食品衛生上の観点から、当事業所では調理後おおむね 2 時間後には食材を破棄しています。つきましては、食事の提供後 1 時間以内にお召し上がりくださいますようよろしくお願いいたします。

18　契約の解約方法、終了について

(1) ご利用者様は当事業者に対して口頭や文書で通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。解約料金は一切かかりません。

(2) 当事業所はやむを得ない事情がある場合、ご利用者様に対して 1 ヶ月間の予告期間をおいて理由を示した文書を通知し、この契約を解約することができます。

(3) 次の事由に該当した場合は、ご利用者様が口頭や文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

① 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合

② 当事業者が守秘義務に反した場合

③ 当事業者がご利用者様やそのご家族様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

④ 当事業者が倒産した場合

(4) 次の事由に該当した場合は、当事業所が文書で通知することにより、直ちにこの契約を

解約することができます。

① ご利用者様のサービス利用料金の支払いが１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、料金が支払われない場合

② ご利用者様又はそのご家族様等が当事業者及び他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

なお、背信行為の具体的な例としては

ア 重要事項説明書や契約書等に虚偽の事項を記載する等の不正手段により、サービス提供を受けたとき

イ 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき

ウ 当事業者及び他のご利用者様に対して、暴言・暴力・セクハラ・ストーカー等の行為があったときや「6 サービスの提供にあたって」⑼の規定に反したとき

エ 当事業所の方針や規則を守れず、又、当事業者及び他のご利用者様に対して迷惑行為（騒音・窃盗・泥酔状態でのサービス利用等）を行ったとき

等が挙げられます。

⑸ 以下の事由に該当した場合、この契約は自動的に終了いたします。

① ご利用者様が介護保険施設に契約入所された場合

② ご利用者様が（介護予防）特定入居者生活介護、又は（介護予防）認知症対応型共同生活介護のサービスを受けることとなった場合

③ ご利用者様の要支援・事業対象者の認定が、非該当、又は要介護認定となった場合

④ ご利用者様が転出し、鹿角市の被保険者でなくなった場合

⑤ ご利用者様がお亡くなりになった場合

19 ご準備していただくものについて

お手数をお掛けいたしますが、持ち物には名前のご記入をお願いいたします。もし記名がない際には、当事業所で記入する場合もございます。予めご了承ください。

⑴ バスタオル　１枚　※ 入浴時に使用いたします。

⑵ タオル　　１枚　※ 入浴時に使用いたします。

⑶ 歯ブラシ、歯磨き粉、コップ　※ 昼食後に使用いたします。

⑷ さわやかノート（連絡票）　　※ 新規利用の場合、初回時にお渡しいたします。

⑸ その他

① 昼食前・後の薬を服用されている方はお持ちください。

② 床ずれ等の処置に必要な薬、ガーゼ、テープ類がある場合はお持ちください。

③ 初回利用時に、当事業所内で使用する内ズックをお持ちください。

④ 紙オムツ・パット等を使用されている方は、替えの紙オムツ・パット等をお持ちください。枚数に関しては事前にご確認ください。

⑤ 入浴後に着替えをする方、排泄の失敗のある方は、着替えをお持ちください。

⑥ 整髪料や化粧品等の設置はございませんので、個人用の日用品等が必要な方はお持ちください。

20 ご利用に際してのお願いについて

⑴ ご利用日は、必ず朝食をおとりくださいますようお願いいたします。

⑵ 貴重品はお持ちにならないようお願いいたします。

(3) 感染症予防の為、食べ物（生もの類等）はお持ちにならないようお願いいたします。
(4) 来園後あるいは入浴前の健康チェックの際にご利用者様の体調不良が認められた場合には、看護職員の判断で入浴又は第一号通所サービスが中止になる場合もございます。予めご了承ください。その際は必要に応じて、ご家族様、ご利用者様に係る介護予防支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
(5) 体調がすぐれない場合は、連絡のうえ、ご利用のお休みをお願いいたします。
(6) 感染症の発生状況によっては、県外の往来や県外の方との接触等があった際に、数日ご自宅で様子をみていただいてからご利用をお願いすることがありますので、ご了承ください。
(7) 入院・退院のときは、お手数をお掛けいたしますがご連絡くださいますようお願いいたします。
(8) 退院直後の利用については、医師より確認をいただく場合がございますので、予めご了承ください。
(9) サービスを提供した際には、「さわやかノート」等の書面に連絡事項等を記載してお渡しいたします。ご家庭でもご確認をお願いいたします。又、連絡事項等がある際には、「さわやかノート」を活用いただくことができます。
(10) お迎えの時間については、利用日の前日の夕方に電話等でご連絡いたします。連日で利用されているご利用者様へは書面でお知らせいたしますので、電話連絡はしておりません。予めご了承ください。
(11) サービス利用中の通院後のご自宅への送りは、原則として当事業所では行っておりません。ご利用者様、又はご家族様又は代理人の送りとなりますので、予めご了承ください。
(12) ご利用者様又はご家族様等による従業員のご指名はお断りしておりますので、予めご了承ください。ただし、同性介護等をご希望の場合は、この限りではございません。
(13) 当事業所の建物内・敷地内では禁煙及び飲酒は禁止としておりますので、ご利用に際しては予めご了承ください。
(14) 他のご利用者様並びに従業員・来訪者等の映像・写真等の撮影はお断りしております。撮影がどうしても必要な場合はその理由をお伺いし、撮影対象となる他のご利用者様又は従業員・来訪者等の同意を得てからとなります。撮影前に必ず従業員へお声がけください。
(15) 他のご利用者様又は従業員・来訪者等の同意を得て撮影した映像・写真等の使用（フェイスブック等の SNS、広報誌、掲示物等）につきましても、他のご利用者様又は従業員・来訪者等の同意を得てからとなります。使用前に必ず従業員へお声がけください。

21　サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

提供した第一号通所事業に係るご利用者様及びそのご家族様からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置しております。（下表「事業者の窓口」のとおりです）

(2) 苦情申立の窓口

事業者の窓口	所 在 地　秋田県鹿角市花輪字古館 5 番地 1 電話番号　0186-31-0100 受付時間　午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで 担 当 者　東恵園地域生活支援センター　管理課長　　餅田幸之

	責 任 者　東恵園地域生活支援センター　センター長　花田　優 第三者委員　サービス点検調整委員　　代　表　　水野　昇
鹿角市 福祉保健センター 介護保険担当	所 在 地　秋田県鹿角市花輪字下花輪 50 番地 電話番号　0186-30-0234（直通） 受付時間　午前 9 時から午後 5 時まで（土日祝は休み）
秋田県国民健康保険 団体連合会	所 在 地　秋田県秋田市山王四丁目 2 番 3 号(秋田県市町村会館 4F) 電話番号　018-833-1550 受付時間　午前 9 時から午後 5 時まで（土日祝は休み）

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年　　月　　日

上記内容について、「鹿角市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成 28 年 12 月 1 日訓令第 124 号)」及び「鹿角市介護予防・日常生活支援総合事業における第一号訪問・通所介護事業者の指定等に関する要綱（平成 30 年 1 月 25 日訓令第 2 号)」の内容に基づき、ご利用者様に説明を行いました。

事業者	所在地	秋田県鹿角市花輪字案内 63 番地 1	
	法人名	社会福祉法人　花輪ふくし会	
	事業所	所 在 地	秋田県鹿角市花輪字古館 5 番地 1
		事業所名	東恵園指定第一号通所介護事業所
		責 任 者	東恵園地域生活支援センター　センター長　花田　優　印
		説 明 者	生活相談員　　印

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

ご利用者	住　　所	
	氏　　名	印
	電話番号	
身元引受人 本人との関係 （　　）	住　　所	
	氏　　名	印
	電話番号	
連帯保証人 本人との関係 （　　）	住　　所	
	氏　　名	印
	電話番号	
法定代理人 本人との関係 （　　）	住　　所	
	氏　　名	印
	電話番号	