

# ふれあいデイサービスセンター

## 地域密着型サービス 認知症対応型通所介護

### 重 要 事 項 説 明 書

#### 1 事業の目的と運営方針

認知症によって自立した生活が困難になった契約者に対して、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、契約者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とします。

この目的に沿って、運営の方針を定め、事業所の概要や提供するサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを以下の通り説明致します。

#### 2 ふれあいデイサービスセンターの概要

##### (1) 事業所の名称

事業所名	ふれあいデイサービスセンター (認知症対応型通所介護)
指定番号	2070102930
所在地	長野市松代町西寺尾 986 番地 1
管理者の氏名	庄田 瑠衣
電話番号	026-215-6611
サービスを提供する地域	長野市
通常の送迎を実施する地域	松代 篠ノ井(長野市内行政地区)

##### (2) 利用定員 6 名

##### (3) 事業所の設備の概要

- 重鉄骨造 2 階建
- デイルーム兼食堂(1 階、2 階) 機能訓練室(各フロア共用スペース)  
契約者全員が使用できる広さを備えた食堂及び機能訓練室を設け、契約者の全員が使用できるテーブルや椅子、食事に関しては箸や食器類などの備品類を備えます。
- 浴室  
浴室は、一般(リフト浴)浴室、個人用風呂を設けてあります。
- その他設備  
設備としてその他に、相談室、静養室、事務室等の設備を設けてあります。

(4) 事業所の職員体制（人員は標準的な員数のため変動あり）

職 種	業 務 内 容	基準数
管理者	デイサービス業務及び職員の管理を行います	1名
介護職員	利用者の日常生活に係わる介助を提供します	12名以上

（人員は標準的な員数のため変動あり）

(5) 営業日及び営業時間帯

営業日	月～土曜日、祭日
休業日	日曜日、年末年始（12月31日～1月3日まで）
営業時間	8:30～17:30（基本サービス提供時間 9:30～17:00。ただし、土曜日に関しては9:30～16:00までのサービス提供時間となります。）
延長利用	時間を延長してのサービス提供は、ご希望により可能な範囲で対応致します。

### 3 サービスの利用基準

- (1) 以下の事項に適合する場合、サービスを利用することができます。
  - ① 要介護1～5の被認定者であり、かつ認知症の症状にあること
  - ② 自傷他害の恐れがないこと
  - ③ 常時医療機関においての治療をする必要がないこと
  - ④ 本契約書、重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること
- (2) 利用の申し込みに対して、以下にあげる正当な理由なくサービスの提供を拒みません。
  - ① 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
  - ② 利用申込者の居住地が事業所の通常事業の実施地域外である場合
  - ③ その他利用申込者に対して自ら適切なサービスを提供する事が困難な場合

### 4 サービスの内容

- (1) 送迎
  - ① 送迎車により、事業所と自宅との間を、通常営業時間利用の方を送迎します。
  - ② 通常事業の実施地域:松代、篠ノ井
- (2) 食事  
契約者にあつた食事を提供します。
- (3) 入浴  
見守りや直接介助により入浴を提供し、契約者にあつた入浴方法、希望を含め入浴を行います。
- (4) アクティビティ  
レクリエーション、生活リハビリを中心とし、日常活動の援助を行います。
- (5) 生活相談  
契約者、家族の介護の不安・疑問等の相談援助をします。
- (6) 栄養マネジメント(栄養改善)  
低栄養状態等、栄養改善が必要な契約者への栄養管理を行います。
- (7) 機能訓練

日常生活を営むのに必要な機能の減退を防ぐ機能訓練を行います。

(8) 口腔衛生

口腔機能が低下している契約者又はそのおそれのある契約者に対して、口腔清掃の指導もしくは実施を行います。

(9) 行事

- ① 保育園との交流会、外出などデイサービス独自の行事に加え、併設の特別養護老人ホーム及び、併設グループホームにおいて実施される行事等に参加することができます。
- ② 行事によっては、別途参加料(実費)がかかるものもあります。

(10) 排泄

契約者の状況に応じて、排泄の介助をします。

## 5 サービス利用料金(別紙参照)

- (1) 料金表によって、契約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金額と食事、レク活動等に係る自己負担額の合計金額をお支払ください。
- (2) 契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払頂きます。要介護認定を受けた後、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)。償還払いとなる場合、契約者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」を交付します。
- (3) 利用を中止等された場合、キャンセル料金はいただきません。ただし、昼食については、様々な事由により召し上がることができなかった時でも、食事提供準備が整ってしまった場合に限り、料金が発生します。
- (4) ご家庭の事情等により自宅での更衣、洗濯等の管理が困難な場合に限り、センターにて管理を行った場合、洗濯等にかかった費用は実費となります。
- (5) 介護保険負担分については、介護保険負担割合証に記載されている割合に応じた金額のお支払となります。
- (6) 利用料金のお支払方法
  - (ア) 自動口座引き落とし ※JA、八十二銀行、信用金庫の口座より引き落としします。
  - ※ 当月の利用料金合計金額を翌月10日までに請求書(明細添付)にて請求します。
  - ※ 現金又は銀行振り込みは利用翌月20日までに支払い、領収書を発行します。
  - ※ 口座引き落としの期日
    - ①JAは利用翌月の15日②八十二銀行は利用翌月の16日③信用金庫は利用翌月の15日となります。ただし、引き落とし日が金融機関休業日の場合は異なります。

## 6 サービス利用に当たっての留意事項

(1) 体調連絡

連絡帳に体調等契約者に係わる事項を記入して下さい。

(2) 体調不良等によるサービスの中止、変更

契約者が風邪や発熱等体調不良の場合には、感染症拡大防止の観点から、デイサービスの利用をご遠慮願う場合がございます。また、利用時に病状の急変が生じた際は、速やかにご家族に連絡を行うとともに必要な処置を講じます。

体調不良等やむを得ない事由によりサービスの中止をした場合、同月内であれば、定員数に余裕

があった場合のみご希望日に振り替えることができます。

(3) 利用時間の変更及びキャンセル

時間の変更、キャンセルにつきましては急な場合を除き、利用日前日までにご連絡下さい。利用当日の場合はAM8:20までにご連絡下さい。

(4) 医療処置について

入浴後等で、定期的に医療処置が必要な契約者につきましては、薬等ご持参下さい。来荘時に発見した軽微な怪我等につきましてはこちらで処置いたします。ただし、医師の治療等を要すると認められる場合は、ご家族に報告し協議の上対応いたします。

(5) 送迎について

契約者の状態を勘案して送迎をしております。各ご家庭の諸事情等あるかと思われませんが、原則として送迎時間の指定はご遠慮願っております。AM8:30に施設を出発し、送迎車各1台ずつで何軒もの契約者宅を訪問して1時間程度で施設に到着いたします。各契約者の状態、状況、道路事情等により到着に時間差が生じます。ご迷惑をおかけ致しますがご了承下さい。

**【通常送迎時間帯：朝方8:30過ぎ～9:15頃までの迎え・夕方16:00過ぎ又は17:00過ぎの送り】**

※送迎ができる時間は、通常送迎時間帯利用の方に限ります。それ以外の時間帯については、ご家族の送迎にてお願い致します。なお、特別な事由等により送迎が困難な場合はご相談下さい。

(6) 利用当日について

利用当日の送迎時は、出来る限り家人在宅でお願い致します。このことは契約者の安全・安定及び事故防止目的のためです。ご都合により在宅が困難の場合は、ご家族との協議にてこの目的をもとに対応致します。

(7) 設備、器具の利用

施設で整備されている設備等につきましては無料にてご使用になれます。器具等の使用につきましては、安全、丁寧に御利用下さい。

(8) 感染症、災害等発生時について

感染症の蔓延、災害等(地震、水害、火災、大雪等)発生時に関しては、その時の状況等により営業を見合わせる場合があります。ご迷惑をおかけ致しますがご了承下さい。

利用中に感染症等の蔓延が懸念された場合は直ちにご家族に連絡、相談の後、帰宅等の対応をとらせて頂きます。災害時の場合は、災害の内容、程度等に応じて対応が異なります。随時ご家族と相談しながら後の対応にあたります。

## 7 施設の利用を中止して頂く場合(契約終了について)

当施設との契約が終了する期日は特に定めていません。従って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、当施設との契約は終了し、契約者に退所して頂くことになります。また、事業者が行ったサービスの対価は契約者がこれを負担します。

(1) 契約の終了

- ① 認定更新において、契約者が自立と認定された場合、または要支援に認定された場合
- ② 契約者が死亡した場合
- ③ 契約者または身元引受人が「契約者の解約権」に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日
- ④ 事業者が「事業者の解約権」に基づき本契約の解除を通告し、予告期間を満了した日

- ⑤ 契約者が病気の治療等その他のため長期(3ヶ月)に指定認知症対応型通所介護事業所を離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となったとき。ただし、契約者が長期に指定認知症対応型通所介護事業所を離れる場合でも、契約者または身元引受人と事業者の協議の上、利用枠確保等に合意したときは本契約を継続することができます。
- ⑥ 契約者が他の介護保険施設等へ入所が決まり、その施設の側で受け入れが可能となったとき

(2) 契約者の解約権

- 1 契約者は事業者に対して、契約の有効期間であっても、退所を希望する日の1週間前までに文章で通知することにより、この契約を解約することができます。なおこの場合、事業者は契約者に対し、文書による確認を求めることができます。ただし、契約者の病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、直ちにこの契約を解約することができます。
- 2 次の事由に該当した場合は、契約者は文章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 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しないとき
- ② 事業者が、契約者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき

(3) 事業者の解約権

事業者は、契約者が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができます。

- ① 契約者が契約締結時及び契約期間中に、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、また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 正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月滞納したとき
- ③ 契約者が法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込がなく、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(4) 契約終了時の援助

契約を解除または終了する場合には、事業者は予め居宅介護支援事業者に対する情報の提供を行うと共に、その他保険医療サービス、福祉サービス提供者等と連携し、契約者に対して必要な援助を行います。

## 8 第三者による評価の実施状況

第三者評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	(2) なし		

## 9 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、契約者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

《協力医療機関》

名称 長野県厚生連松代総合病院  
所在地 長野市松代町松代 183 番地  
連絡先 026-278-2031  
病床数 365 床(一般病床361床・第2種感染症病床4床)  
診療科目 総合診療科 呼吸器・感染症内科 循環器内科 消化器内科 ダイエット科 神経内科

内分泌代謝内科 診療内科・精神科 小児科 皮膚科・アレルギー科 リウマチ科  
一般外科 乳腺甲状腺 消化器外科・消化器内視鏡外科 呼吸器外科 心臓血管外科  
脳神経外科 整形外科・スポーツ整形外科 形成外科 リハビリテーション部 産婦人科  
泌尿器科 耳鼻咽喉科 眼科 放射線科 麻酔科・ペインクリニック 歯科口腔外科  
肺がんセンター 人工関節センター 消化器病センター 乳腺・甲状腺センター  
循環器疾患センター 腎臓内科、血液浄化療法・透析センター 外来化学療法センター  
顎機能再建・インプラントセンター がんサポートセンター  
診療内科・神経内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科

## 10 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回契約者及び従業員の訓練(2年に1度、地区住民と共同で実施)を行います。

《防火設備(併設施設を含む)》 自動火災報知機、自家発電設備、屋内消火栓、消火器  
スプリンクラー、防火扉、誘導灯、防火水槽、非常照明等

《ふれあい荘自衛消防隊長：庄田瑠衣 防火管理者：庄田瑠衣》

## 11 緊急時の対応

サービス提供時に契約者の病状が急変した場合などには、速やかに契約者家族、主治医又は協力医療機関への連絡を行うなど必要な措置を講じます。

## 12 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して執った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、「19損害賠償について」のとおり賠償を速やかに行います。

## 13 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た契約者又はそのご家族の秘密を保持します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

## 14 契約者の尊厳

契約者の人権・プライバシー保護のためマニュアルを作成し、従業員教育を行います。

## 15 身体拘束の禁止

原則として、契約者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、権利擁護委員会を開催し、身体拘束の必要性を判断します。また、事前に契約者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得ると共に、その態様及び時間、その際の契約者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します。

## 16 虐待の防止について

事業所は、利用者当の人權の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	(管理者 庄田瑠衣)
-------------	------------

- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針を整備しています。
- ④ 成年後見人制度の利用を支援します。
- ⑤ 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者(現に擁護している家族・親族・同居人等)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します。

## 17 事業継続計画の策定

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、利用者に対する認知症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 従業員に対し、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行います。
- 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。

## 18 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

[ふれあいデイサービスセンター お客様相談苦情窓口]

電話 026-215-6611 (9:30~16:00)

苦情解決責任者: 庄田 瑠衣 苦情受付担当者: 南澤 幸子

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

[長野市介護保険課]

所在地 長野市大字鶴賀緑町1613番地

電話 026-224-7871

[長野県国民健康保険団体連合会]

所在地 長野市西長野加茂北143-8

電話 026-238-1555

## 19 損害賠償について

ふれあいデイサービスセンターにおいて、当方の責任で契約者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、当法人が加入している保険会社にて速やかにその損害を補償します。ただし、損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められた際、契約者のおかれた心身の状況を斟酌して減額するのが相当と判断された場合は、当方の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 20 法人の概要

名 称 社会福祉法人 新志福祉会  
代表者名 理事長 三浦 富美子  
所 在 地 長野市篠ノ井西寺尾2798番地  
電 話 026-292-3413

同一施設にて実施する他事業(初回認可日・指定番号)

1	介護老人福祉施設	平成2年4月1日	2070100090
2	短期入所生活介護	平成11年12月27日	2070100090
3	地域密着型介護老人福祉施設	平成17年7月1日	2090100591
4	短期入所生活介護	平成17年7月1日	2070105800
5	居宅介護支援事業	平成11年7月30日	2070100090
6	認知症対応型共同生活介護	平成17年4月1日	2070102500
7	地域密着型介護老人福祉施設	平成23年12月1日	2090100435
		平成24年4月1日	2090100476
8	短期入所生活介護	平成23年12月1日	2070104951
		平成24年4月1日	2070105164



指定認知症対応型通所介護サービスの開始に当たり、契約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。

令和      年      月      日

<事業者>

所在地      長野市松代町西寺尾 986 番地 1  
事業者名      ふれあいデイサービスセンター（介護保険事業者番号2070102930）  
代表者名      管理者      庄田 瑠衣      印

<説明者>

所属      ふれあいデイサービスセンター  
氏名      印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定認知症対応型通所介護サービスについて重要事項の説明を受け同意しました。

令和      年      月      日

<契約者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

<身元引受人>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印