

重度認知症患者デイケア

重要事項説明書 事業契約書

医療法人 宏仁会

重要事項

あなたに対する重度認知症患者デイケアサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人宏仁会 まつうらクリニック 重度認知症患者デイケア
主たる事業所の所在地	岡山県高梁市成羽町下原1004-1
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 松浦 隆彦
電話番号	(0866) 42-2315・42-2700

2. 事業の目的と運営方針

運営の方針	<p>①認知症状の改善 お客様の認知症の様々な症状に対して、心身機能の回復や維持を図ります。</p> <p>②生活意欲の向上 お客様の身体的、精神的活動能力を生かしながら、自立援助を図り、生活意欲を自発的に出していただけよう、ハイレベルの介護・生活支援サービスを提供します。</p> <p>③利用者の学び場の提供 お客様に福祉制度の仕組みや福祉サービスの実情を知っていただき、利用者としての最大限のサービスが活用できるよう、福祉に関する情報を提供します。</p> <p>④自己決定の尊重 お客様に選択可能なサービスの内容を事前にお知らせし、お客様のニーズを重んじご自身の意思決定を尊重したサービスを提供します。</p> <p>⑤快適な居住環境整備への協力 お客様が居住する住宅の生活しやすい生活環境を考え、健康で快適な居住環境の向上を図るため各種の支援します。</p> <p>⑥地域福祉への貢献 お客様やご家族から信頼される重度認知症患者デイケアとして、絶えずスタッフの資質の向上に努め、高齢者福祉の分野での共生文化の創造に励み、成熟した福祉社会の構築に努力します。</p>
-------	---

3. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の 従業員の職種	員 数	勤 務 の 態 勢	勤 務 内 容
医 師	1人以上	常 勤 1名	医学的管理・治療
		非常勤 0名	
作 業 療 法 士	1人以上	常 勤 1名	機能訓練サービスを通して日常生活の自立援助
		非常勤 3名	
看 護 職 員	1人以上	常 勤 3名	健康管理・相談 生活支援援助
		非常勤 0名	
介 護 職 員	2人以上	常 勤 8名	レクリエーション・趣味 活動を通して、生活意欲 の向上めざす支援援助
		非常勤 8名	
そ の 他	0人以上	常 勤 0名	
		非常勤 0名	

4. 営 業 時 間

営 業 日	月～土（祝日を含む）（8月13日～8月15日、12月30日～翌年1月3日を除く。）
営 業 時 間	8：00 ～ 17：00
サービス提供時間	9：15 ～ 15：30

5. 利 用 定 員

1単位 21名

6. サービス利用料金

デイ・ケア料 1回参加につき1,160円

食費 1食につき500円（おやつとお茶・コーヒー等込）

※公費制度を使うことでデイ・ケア料を月々定額にすることができます。

7. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	平日 午前8時～午後5時
	ご利用方法	電話 (0866) 42-2315 面接場所：岡山県高梁市成羽町下原 1004-1 重度認知症患者デイケア 管理者 松浦 隆彦
行政苦情相談	ご利用時間	平日 午前8時30分～午後5時15分
	ご利用方法	保険者（住居登録の市町村役場の介護保険係） 高梁市（0866-21-0299） 井原市（0866-62-9519）
	ご利用時間	平日 午前8時30分～午後5時15分
岡山県国民健康保険 団体連合会	ご利用時間	平日 午前8時30分～午後5時
	ご利用方法	電話 (086) 223-8811 F a x (086) 223-9109

8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。

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	
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 宏仁会 まつうらクリニック
	院 長 名	松浦 隆彦
	所 在 地	岡山県高梁市成羽町下原1004-1
	電 話 番 号	(0866) 42-2315
	診 療 科	内科・消化器内科・精神科
	入 院 設 備	なし
	緊急指定の有無	なし
契 約 の 概 要	当事業者と医院は同一法人	
緊急連絡先	氏 名	医療法人 宏仁会 まつうらクリニック
	住 所	岡山県高梁市成羽町下原1004-1
	電 話 番 号	(0866) 42-2315
	昼間の連絡先	(0866) 42-2315
	夜間の連絡先	(0866) 42-2315

9. 送迎について

- ①原則として、玄関の中までのお迎え、お送りをいたします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様と話し合いを行い、提供出来る範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- ②送迎時間につきましては、交通事情や天候、当日の参加者数により時間が前後することがございます。ご理解の程よろしくお願い致します。大幅に遅れる等の場合には、事業所より電話連絡いたします。
- ③利用者様の体調不良等を除き、準備等が出来ていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので長時間待機することはできません。ご本人、ご家族様のご協力をお願いいたします。
- ④乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。

10. デイケア利用時のリスク説明

まつうらクリニックでは、利用者様が快適な通所活動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、利用者の身体状況や病気により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

(ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。)

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による事故の恐れがあります。
- 当施設では原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲や血液検査のための採血、全身状態低下時の点滴等であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 高齢者の爪は、硬く、厚みがあることが多いため、爪切りが困難な傾向があり、出血や痛み、深爪を生じることがあります。
- 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。
- 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。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、協力医療機関の医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

このことは、ご自宅でも起こりうることでありますので、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

11. 事故発生時の対応

- ① サービス提供により事故が発生した場合は、主治医・保険者・利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- ② 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うものとします。

※送迎を利用せずご自身で来られる場合は施設に入るまで、およびご自身で帰られる場合は、施設を出てからは事故があっても責任を負いかねますので予めご了承ください。

12. 秘密保持

重度認知症患者デイケアの従業者は、就業中、退職後も正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。

13. オンラインツール等を活用した会議の開催

利用者又はその家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスをテレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行う事ができるものとする。その際、個人情報の適切な取り扱いに留意します。

14. 感染症の予防及びまん延等の防止のための措置

感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練の実施等取り組みます。

15. 利用者の人権の擁護、虐待の発生等への適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報する必要がある、重度認知症患者デイケア事業所は当該通報の手続きが迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待に対する調査等に協力するよう努めることとします。

以上の観点を踏まえ虐待の防止や早期発見に加え、虐待が発生した場合はその再発を確実に防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めま

す。

16. ハラスメント対策の強化

医療サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組みます。

17. 業務継続計画に向けた取組の強化

感染症（新型コロナウイルス等）や非常災害の発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、法人内の全ての事業を対象に業務継続に向けた計画を策定し、研修の実施、訓練の実施等取り組みます。

18. 個人情報保護

個人情報保護法を遵守し、守秘義務を守り職員の教育研修を通じ啓発により意識の改革を図ります。

個人情報使用同意書

医療法人宏仁会まつうらクリニックが、次に記載するところにより、利用者に関わる個人情報を使用することに（同意します 同意しません）

どちらかに○をご記入ください。

記

1 使用目的

(1) 利用者がケアプランに沿って、円滑に介護サービスを受けることができるように、サービス担当者会議、介護支援専門員とサービス提供事業者との連絡調整等において必要な場合。

(2) 入院・通院時の医療機関への情報提供や、行政関係において必要な場合。

(3) 外部監査機関、評価機関等への情報提供や損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等において必要な場合。

(4) 上記にかかわらず緊急を要する時の連絡などの場合。

2 使用する期間

契約開始時から、契約終了時まで。

3 条件

(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に係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係る契約の締結前から終了後においても、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等について経過を記録し、請求があれば開示する。

4 肖像権について

当施設の、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌・取材等において、ご利用者様の映像・写真を使用させて頂きたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

ホームページ	パンフレット	社内研修	掲示物	広報誌
可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可

取材（他施設、行政等）

可・不可

事業契約

(契約の目的)

- 第一条 1・事業所は、精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るために、重度認知症患者デイケアを提供する。
- 2・要支援及び要介護認定を受けていない者（以下、一般という）に対しても、重度認知症患者デイケアを提供できるが、後々のサービスの利用を考え要介護認定を受けることが望ましい。

(契約期間)

第二条 この契約期間は、特に定めないものとする。

(重度認知症患者デイケア計画書)

第三条 事業者は利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて重度認知症患者デイケア計画を作成する。事業者は計画の内容を利用者及びその家族に説明する。

(負担金等)

第四条 認定者は、医療保険の定めるところの自己負担金を事業者に支払うものとする。サービス提供の際生じる費用について、事業所は実費を請求できるものとする。

(解約)

第五条 次の項目のいずれかに該当するときは、この契約は解約されたものとする。

- 1・利用者からの解約の申し出があった場合。
- 2・利用者が死亡したとき。
- 3・利用者が医療機関等へ入院及び施設等へ入所したとき（短期入所は除く）。
- 4・利用者が遠隔地へ移住したとき、もしくは長期に渡り滞在したとき。
- 5・第七条により事業所から解約の申し出がなされたとき。

(利用者の解約権)

第六条 利用者は、事業所に対していつでもこの契約の解約を申し入れることができるものとする。

(事業者の解約権)

第七条 事業所は利用者に対し、利用者の非協力などにより双方の信頼関係の損壊などが生じ、改善の見込みなく、この事業の目的を達成することが不可能となった場合、14日以上の予告期間を持って、この契約を解除することができる。

(損害賠償)

第八条 事業所は利用者に対して本契約の業務遂行上、事業所側の過失によって賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害賠償の責を負うものとする。

ただし、当事業所の送迎車を利用しない利用者の送迎中の事故に対しては、損害賠償の責は負わないものとする。

(秘密保持)

第九条 事業所およびその従業員は、正当な理由がない限り、利用者の個人的秘密を守ることとする。ただし、サービス業者間における情報交流は共有するものとする。

(苦情などの相談)

第十条 利用者または利用者の家族は提供されたサービスに苦情がある場合は重要事項説明書に記載された相談窓口に申し立てることができる。

(サービス内容等の記録の作成および保存)

第十一条 事業者はサービスの提供に関する記録整備し完結日から5年間 保存する。利用者及び利用者の後見人は記録の閲覧及び複写を求めることができる。

(契約外事項)

第十二条 本契約に定めない事項については、国民健康保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、利用者及び利用者の家族と事業所の協議により定めるところとする。

以上の通り、契約が成立した事を証するために、本契約書を 2 通作成し、利用者及び事業所は記名押印の上、各自 1 通ずつ保有します。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	岡山県高梁市成羽町下原 1004-1
	事業者名	医療法人 宏仁会 まつうらクリニック
	代表者	氏名 理事長 松浦 隆彦 印
	説明者	重度認知症患者デイケア
		氏名 印

当事業所がサービス担当者会議等において、個人より知り得た情報を用いることに同意します。

私は、この契約書及び重要事項説明書に基づいて事業者から重度認知症患者デイケアの説明を受け、サービス契約に同意し、サービスの利用を申し込みます。

利用者	住 所
	氏 名 印

ご家族

住 所
氏 名 印
続柄 ()