キャナルタウン高齢者介護支援センター
通所介護・介護予防通所サービス
（デイサービス）

重要事項説明書

社会福祉法人フジの会

キャナルタウン高齢者介護支援センター

（モーツァルト兵庫駅前デイサービスセンター）

当事業所は介護保険の指定を受けています。

（指定事業者番号:兵庫県　第2870500960号）

当センターはご利用者に対して指定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。

令和７年４月１日 改訂版

１．事 業 者

（１）法人名

社会福祉法人　フジの会

（２）法人所在地

京都府京都市伏見区深草泓ノ壺町３７－１

（３）電話番号

０７５－６４１－７７７７

（４）代表者氏名

理事長　砂川　靖子

（５）設立年月日

昭和５７年　８月　２日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類

指定通所介護・介護予防通所サービス事業所

（平成１２年 4 月 1 日 指定兵庫県 2870500960 号）

※当事業所は特別養護老人ホームモーツァルト兵庫駅前に併設されています。

（２）事業所の目的

事業者は、介護保険法令の趣旨にしたがい、ご利用者が有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、必要な日常生活上の世話等を行うことにより､ご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、ご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、ご利用者に対し、通所介護サービスを提供します。

（３）事業所の名称

モーツァルト兵庫駅前デイサービスセンター

（４）事業所の所在地

兵庫県神戸市兵庫区駅南通５丁目１－２

（５）電話番号

０７８－６８１－００８０

（６）事業所長（管理者）

橋本　薫子

（７）事業所の運営方針

１　ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立った介護福祉サービスの提供に努めるものとします。

２　事業の運営に当たっては、地域や家庭との結び付きを重視し、関係行政機関、他の居宅サービス事業所その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する事業所との連携に努めるものとします。

（８）開設年月日

平成　９年　１２月　１日

（９）通常の事業の実施地域
原則として神戸市兵庫区内
（10）営業日、営業時間及び利用定員

区　分	営業曜日	営業時間	利用定員
・通所介護 ・予防通所	月曜日 ～土曜日	窓口対応時間 8：45～17：45 サービス提供 9：15～16：45	50 名 ／日
・通所介護 ・予防通所	日曜日	窓口対応時間 8：45～17：45 サービス提供 9：00～14：30	50 名 ／日

※ 休日　年末年始　12 月 30 日 ～ 1 月 3 日

３．職員の配置状況

当センターでは、ご利用者に対して指定通所介護・介護予防通所サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職　　種	指定基準人数	職　務　内　容
生活相談員	１名以上	・利用申込者の事前面接調査、相談業務に関すること ・ご利用者の送迎計画・体制の実施 ・通所介護・介護予防通所サービス計画の作成
看護師兼機能訓練指導員	１名以上	・ご利用者の救急安全・健康管理に関すること ・日常動作・機能訓練の指導に関すること ・衛生材料の保管、使用に関すること ・かかりつけ医との連絡調整に関すること
介護職員	５名以上	・介護プログラムの企画・実施に関すること ・食事・入浴・排泄介助業務に関すること ・送迎介助業務に関すること ・ご利用者の機能訓練・日常動作訓練に関すること ・消耗品の保管、使用に関すること

※職員の配置については、指定基準を満たしています。（令和 6 年４月１日現在）
＜主な職種の勤務体制＞

職　　種	勤　務　体　制
１．介　護　職　員 生 活 相 談 員	1. 7：30～16：30　2. 8：45～17:45　3. 9：30～18：30
２．看　護　職　員 （兼機能訓練指導員）	９：１５ ～ １６：４５ （日曜日は１４：３０まで） ☆原則として １名以上の看護職員が勤務します。

４．事業所が提供するサービスと利用料金

（１）事業所が提供するサービスの概要

①　食　事（但し、食材料費は別途いただきます。）

当センターでは、ご利用者の身体の状況及び、栄養・嗜好を考慮して、管理栄養士が献立を作り、食事を提供します。（食事時間）１２：００ ～

②　入　浴（但し、希望者に限ります。）

入浴又は清拭を行います。午前・午後共に入浴を行います。

（介護予防通所サービスは基本単位に含まれるため加算がありません。）

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介助を行います。

④　機能訓練

看護師により、ご利用者の心身等の状況に応じた日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤　送　迎

ご希望により、居宅と当センターとの間の送迎を行います。

⑥　その他体制の強化

中重度者ケア体制加算・認知症加算を算定。手厚い介護を行える体制を整えております。

（２）介護保険の給付の対象となるサービスと利用料金（契約書第４条関係）

利用料金の大部分（７割、８割または９割）が介護保険から給付されます。

＜介護保険法による通常型　通所介護費＞　　（令和７年４月１日より）

サービス提供時間	要介護度	単位（1 単位 10.54 円）	保険適用時負担額（１割負担）	保険適用時負担額（２割負担）	保険適用時負担額（３割負担）
３時間以上４時間未満	要介護１	３７０単位／日	３８９円／日	７７８円／日	１，１６７円／日
	要介護２	４２３単位／日	４４５円／日	８９０円／日	１，３３５円／日
	要介護３	４７９単位／日	５０４円／日	１，００８円／日	１，５１２円／日
	要介護４	５３３単位／日	５６１円／日	１，１２２円／日	１，６８３円／日
	要介護５	５８８単位／日	６１９円／日	１，２３８円／日	１，８５７円／日
４時間以上５時間未満	要介護１	３８８単位／日	４０８円／日	８１６円／日	１，２２４円／日
	要介護２	４４４単位／日	４６７円／日	９３４円／日	１，４０１円／日
	要介護３	５０２単位／日	５２９円／日	１，０５８円／日	１，５８７円／日
	要介護４	５６０単位／日	５９０円／日	１，１８０円／日	１，７７０円／日
	要介護５	６１７単位／日	６５０円／日	１，３００円／日	１，９５０円／日
５時間以上６時間未満	要介護１	５７０単位／日	６００円／日	１，２００円／日	１，８００円／日
	要介護２	６７３単位／日	７０９円／日	１，４１８円／日	２，１２７円／日
	要介護３	７７７単位／日	８１８円／日	１，６３６円／日	２，４５４円／日
	要介護４	８８０単位／日	９２７円／日	１，８５４円／日	２，７８１円／日
	要介護５	９８４単位／日	１，０３７円／日	２，０７４円／日	３，１１１円／日

６時間以上 ７時間未満	要介護１	５８４単位／日	６１５円／日	１，２３０円／日	１，８４５円／日
	要介護２	６８９単位／日	７２６円／日	１，４５２円／日	２，１７８円／日
	要介護３	７９６単位／日	８３８円／日	１，６７６円／日	２，５１４円／日
	要介護４	９０１単位／日	９４９円／日	１，８９８円／日	２，８４７円／日
	要介護５	１，００８単位／日	１，０６２円／日	２，１２４円／日	３，１８６円／日
７時間以上 ８時間未満	要介護１	６５８単位／日	６９３円／日	１，３８６円／日	２，０７９円／日
	要介護２	７７７単位／日	８１８円／日	１，６３６円／日	２，４５４円／日
	要介護３	９００単位／日	９４８円／日	１，８９６円／日	２，８４４円／日
	要介護４	１，０２３単位／日	１，１２９円／日	２，２５８円／日	３，３８７円／日
	要介護５	１，１４８単位／日	１，２０９円／日	２，４１８円／日	３，６２７円／日
８時間以上 ９時間未満	要介護１	６６９単位／日	７０５円／日	１，４１０円／日	２，１１５円／日
	要介護２	７９１単位／日	８３３円／日	１，６６６円／日	２，４９９円／日
	要介護３	９１５単位／日	９６４円／日	１，９２８円／日	２，８９２円／日
	要介護４	１，０４１単位／日	１，０９７円／日	２，１９４円／日	３，２９１円／日
	要介護５	１，１６８単位／日	１，２３１円／日	２，４６２円／日	３，６９３円／日

サービス時		要介護度	単位（1 単位 10.54 円）	保険適用時負担額
加算	体制	中重度者ケア体制加算	４５単位／回	４８円／回
		認知症加算	６０単位／回	６４円／回
		サービス提供体制加算Ⅱ	１８単位／回	１９円／回
		介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	月の合計単位の１０００分の９２に相当する単位数	
	個別	入浴介助加算（I）	４０単位／回	４２円／回
		若年性認知症利用者受入加算	６０単位／回	６４円／回
		科学的介護促進体制加算	４０単位／月	４２円／月
		ADL 維持等加算（Ⅰ）	３０単位／月	３２円／月
		口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	２０単位／回	２１円／回
		延長加算１ （９時間以上１０時間未満）	５０単位／回	５３円／回
		延長加算２ （10 時間以上１１時間未満）	１００単位／回	１０６円／回
減算		送迎減算	４７単位／片道	４８円／片道

＜介護保険法による介護予防通所サービス費＞　　（令和７年４月１日より）

<table>
<tr><td colspan="4">介護状態</td><td>単位（1 単位 10.54 円）</td><td>保険適用時負担額</td></tr>
<tr><td colspan="4">通所型サービス１</td><td>１，７９８単位／月</td><td>１，８９５円／月</td></tr>
<tr><td colspan="4">通所型サービス２</td><td>１，７９８単位/月
（1 週間に１回程度利用）
３，６２１単位／月
（1 週間に２回程度利用）</td><td>１，８９５円/月
（1 週間に１回程度利用）
３，８１６円／月
（1 週間に 2 回程度利用）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">加算</td><td rowspan="5">体制</td><td rowspan="2">サービス提供体制加算Ⅱ</td><td>要支援１</td><td>７２単位／月</td><td>７５円／月</td></tr>
<tr><td>要支援２</td><td>１４４単位／月</td><td>１５１円／月</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）</td><td colspan="2">月の合計単位の１０００分の９２に相当する単位数</td></tr>
<tr><td colspan="2">科学的介護促進体制加算</td><td>４０単位／月</td><td>４２円／月</td></tr>
<tr><td>減算</td><td colspan="2">送迎減算</td><td>４７単位／片道</td><td>４９円／片道</td></tr>
</table>

※ご利用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いったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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)。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、ご利用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。

※ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記(３)関係)

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

（３）介護保険の給付対象とならないサービスと利用料金（契約書第５条、第７条関係）

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

費目	料金	内容
昼食代	１食　６８０円	ご利用者に提供する食事の材料等にかかる費用です。
おやつ代	１食　１００円	ご利用者に提供するおやつにかかる費用です。
夕食代（延長加算対象者のみ）	１食　６００円	ご利用者に提供する食事の材料等にかかる費用です。
有料レクリエーション	材料代等の実費	ご利用者のご希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。
複写物の交付	１枚　１０円	ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
喫茶代	１杯　５０円	ご希望に応じて、コーヒー・紅茶等を提供させていただきます。

連絡帳ケース	１つ　２００円	ご家族・ご利用者・デイサービスとの情報交換ノートです。デイサービスからは血圧、体温やその日のご様子等を記入させていただきます。ケース破損時には左記の料金をいただきます。
オムツ代 （１枚あたり）	オムツ　２００円 紙パンツ１２０円 パット　　２０円	基本的には持参していただきます。ご希望または、諸事情により、必要に応じて提供させていただきます。
各種証明書発行	１通１，０００円	サービス領収書再発行料、サービス提供証明書作成料等の各種手続きに係る証明書作成料として。

※　介護保険の改正や、社会の経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合は、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う前にご説明します。

（４）利用料金のお支払い方法（契約書第７条関係）

①　前記（２）及び（３）の料金・費用は、月単位で月末に精算し、翌月のお支払になります。

②　請求書は、ご利用月の翌月の１０日～１５日に発行させていただきます。

③　ご利用料金の支払い方法は、原則として金融機関での引き落としになります。

・郵便局からの引き落とし
　ご利用月の翌月の２５日。（手数料１０円）

・銀行からの引き落とし
　ご利用月の翌月の２７日。（手数料１５０円）

（５）利用の中止等（契約書８条関係）

①　ご利用日当日または前日１７：００以降のご利用取り消しについては、食材料費相当額をキャンセル料としていただきます。

②　ご利用者が感染の可能性のある疾患を持たれた時、感染蔓延の可能性があると事業者が判断した場合、ご利用をお断りすることがあります。

③　著しい自然災害の他、降雪、台風等により、サービスを提供しがたい状況があるときは、事業者の判断により営業を中止することがあります。この場合は、当日の朝９時までにご利用者へ電話で連絡いたします。（被災状況によって通信網が寸断された場合など、電話連絡ができない場合があります。被災状況に応じて、ご利用者、ご家族にて安全の確保を行って下さい。）

④　施設にて感染症の流行等によりご利用者に感染の危険性がある場合は、事業者の判断により営業を中止することがあります。

⑤　全館禁煙を守っていただけない方。

⑥　ご利用者による、サービス利用料金の支払いが１カ月以上遅延し、３０日以内の支払いを定めた催告にも関わらずこれが支払われない場合。

⑦　ご契約者様から職員への各種ハラスメント及び暴力行為等があった場合。

（６）実習生の受け入れについて

① 当施設では福祉・医療の各種養成校の依頼により現場実習の受け入れを行っております。

・介護福祉士養成・社会福祉士養成・介護職員初任者研修・介護職員実務者研修・トライやるウィーク・認知症介護実践研修・中学生　高校生ワークキャンプ・教職員免許法に基づく「介護等体験」実習　・その他　見学実等

② 実習生が期間中に一人のご利用者を受け持ち、実際の身体介助・相談援助等をさせていただくことがあります。実習生がご利用者に対して適切な援助を行えるよう、養成機関や当施設職員により指導を行っていきます。なお、実習生も当施設職員と同様に個人情報の取扱いを適正に行うものとします。

５．緊急時および事故発生時の対応について

（１）サービス提供中に利用者の体調、健康状態が急変するなどの事態が発生したときは、速やかに医師又は、看護職員と連携の上、適切な処置を取ります。

（２）ご利用中に受診が必要と判断した場合は、速やかにご家族様にご連絡させていただきますので、受診先の病院等にて、付き添っていただきますようお願い致します。※緊急時を除いての、ご利用中の病院や整骨院等への受診（定期受診を含む）は介護保険上、認められていませんので、ご了承ください。

（３）サービス提供中に事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を補償します。但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じることができるものとします。転倒・徘徊・自傷等、利用者本人の責めに帰すべき事故については、誠に申し訳ございませんが、一切の責任を負いかねます。

（４）サービス提供中に大規模自然災害等が発生した場合は、利用者の安全確保を最優先にして対応にあたります。その後は災害情報を速やかに集め、事業所の判断によって送迎時間、場所を大幅に変更する場合があります。なお、通信等のライフラインが寸断され、ご家族との連絡が繋がらない場合、安全確保の観点からご利用者は施設にて待機いただきます。

６．連帯保証人

契約締結にあたり、原則として連帯保証人を求めます。連帯保証人は、この契約に基づくご契約者の事業者に対する支払一切の責務につき、ご契約者と連帯して履行の責任を負っていただきます。連帯保証人となられる方がおられない場合は、後見人または任意後見人（以下「後見人等」という）を立てていただくことになります。

連帯保証人、後見人等には以下を求めます。

① ご契約者が疾病などにより医療機関に受診・入院する場合、受診・入院手続きが円滑に進行するよう事業者に協力いただきます。

② 契約終了後、当施設に残された所持品（残留物）の引き取りを行っていただきます。

③　連帯保証人ならびに後見人等の住所、氏名、連絡先の変更は施設へその旨を速やかに通知していただきます。

④　責務が果たせなくなった場合は、施設へその旨を速やかに通知し、施設の長の承認を得てください。また、原則的に代理の連帯保証人、後見人等を立てていただきます。

⑤　連帯保証人の責任は極度額５００万円を限度とします。

７．苦情の受付について（契約書第２３条関係）

（１）当センターにおける苦情やご相談は、以下の専用窓口で受付けます。

○　苦情・相談窓口（担当者）

高齢者総合福祉施設　モーツァルト兵庫駅前

デイサービスセンター　部　長　　太田　茂雄

（上記担当者不在の場合は、電話応対した職員が承ります。）

○ 電話　（０７８）６８１－００８０

○ 受付時間：毎日　８：４５～１７：２５

また、ご意見ボックスを事務所前に設置しています。

（２）当事業所以外に、各居宅介護支援事業所・各行政区の介護保険課・国民健康保険団体連合会・神戸市生活情報センター等でも苦情を受付けています。

・介護保険サービスに関すること

○神戸市福祉局監査指導部

ＴＥＬ：０７８－３２２－６３２６

（平日　８：４５～１２：００、１３：００～１７：３０）

○養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話（監査指導部内）

ＴＥＬ：０７８－３２２－６７７４

（平日　８：４５～１２：００、１３：００～１７：３０）

・介護保険サービスに関すること

○兵庫県国民健康保険団体連合会

ＴＥＬ：０７８－３３２－５６１７（平日　８：４５～１７：１５）

・サービスの質や契約に関すること

○神戸市消費生活センター

ＴＥＬ：０７８－３７１－１２２１

（平日　９：００～１７：００）

８．その他

（１）ご利用時に持参いただくもの

持参いただくもの	説明
連絡帳	ご家庭とデイサービスとの連絡用です。
お薬	内服薬、点眼薬、貼り薬、塗り薬等
薬の説明書	※服用されているお薬の追加や変更があれば、その都度お知らせいただくか、お薬手帳、お薬の情報をご持参下さい。
介護保険証	初回・変更時にお願いします。
介護保険負担割合証	初回・変更時にお願いします。
入浴時の必要物品	タオル大（バスタオル）　※お名前をご記入ください。 タオル小（手ぬぐい）　　※お名前をご記入ください。 替えの衣類・下着類 石けん、シャンプー等 ※共用のボディーソープ、シャンプーリンスはデイサービスでご用意しております。 ビニール袋（濡れたタオルや、洗濯する衣類を入れさせていただきます。）
衛生物品	歯磨きセット、スポジカ、ひげそり、その他各処置に必要な物等
オムツ・紙パンツ・パット等	オムツ等をご使用されている方は、替えを多めにご持参ください。替えのご持参がない場合は、デイサービスのオムツ等をご使用いただきます。（有料）

（２）施設・設備の使用上の注意

① 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

② 故意に、またわずかな注意を払えば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、契約書に自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

③ 契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。但し、その場合は契約者のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

④ 当施設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、営利活動を行うことは出来ません。

⑤ 持ち込まれる衣類、荷物には全てお名前を記入ください。忘れ物・紛失物の可能性も高くなるため、お荷物は必要最小限でお願いします。但し、原則自己管理として頂き、一切の責任を負いかねます。（職員の明らかな過失が発生した場合は除く）

⑥ ご利用中にお金を頂くことはございませんので、金銭の持参は控えてください。紛失等の場合、責任を負いません。

⑦ 食中毒等の感染症予防のため、飲食物の持ち込みをご遠慮ください。
また、ご利用者同士での飲食物や金銭の受け渡しも禁止しております。

⑧ 携帯電話のご使用は、他のゲストへのご迷惑にならないように、ご配慮ください。

下記の点についてもご理解・ご協力をお願いします。
・万一紛失したり故障しても施設は一切責任を負いかねます
・カメラ機能で他の利用者を撮影しないようにお願いします
・Wi-Fi への接続はご遠慮いただきますようお願いします
・着信音はマナーモードでの設定をお願いします

⑨ その他、施設管理上必要なことについては、職員の指示に従っていただきますようにお願いします。

（３）お心遣いについて

当法人ではご利用者、ご家族からのお心遣いをご遠慮しております。お元気に末永くご利用いただくことが、最高のプレゼントと考えておりますので、お持ちいただきました際にも、お引き取りいただくことになりますので、ご理解ください。
なお、法人運営に関して応援していただく形として、公式に「法人サポーター募集」をホームページ上（「社会福祉法人フジの会」で検索）で行っております。法人各施設をご利用される皆様へ直接還元することを目的として、法人や施設への寄付金、寄贈物品の募集を行っております。

（４）送迎時間について

下記の時間帯に送迎をさせていただきますが、当日の天候や交通事情により、お迎え、お送りの時間が前後することがありますので、ご了承ください。

お迎えの時間　　：　　～　　：　　頃に　□お迎えにあがります。

お帰りの時間　　：　　～　　：　　頃に　□お送りいたします。

※上記の送迎時間の変更をご希望される場合は、その都度、当センターへお問い合わせください。

（５）写真掲載等の意思確認について

当法人では、ホームページの立ち上げ、機関紙の発行などの情報提供を行っております。その中で、行事・イベントでご利用者の方々が参加されたご様子を掲載させたいただき、写真等を記録させていただいております。そこで、写真の掲載につきまして、ご利用者またはご家族のご意思を確認させていただいております。よって下記の項目のところにチェックをお願い致します。（複数チェック可能）

□　写真は撮らないでください。
（ただし、状況により写ることもありますが、ご了承ください。）

□　写真を撮っていただいても結構です。

□　写真などをホームページ・機関紙などに掲載していただいても結構です。

令和　　年　　月　　日

指定通所介護・介護予防通所サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

モーツァルト兵庫駅前デイサービスセンター

説明者職名：　相談・支援担当

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けること、およびその利用料を支払うこと、指定通所介護・介護予防通所サービスの提供開始に同意しました。
また、送迎時間に関する記載と写真掲載等の意思確認のチェック欄の記入の通りに、相違ありません。

契 約 者　　住 所：兵庫県神戸市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

署名代行者　　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（契約者との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿

連帯保証人　　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（契約者との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿

【利用時リスク説明書】

当施設では、利用者が快適な生活が送られますように、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伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

＜高齢者の特徴に関して＞

□　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。

□　介護老人福祉施設は、介護施設であり、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あります。

□　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。

□　高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離が出来やすい状態にあります。

□　高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血ができやすい状態にあります。

□　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・休止される場合もあります。

これらのことは、ご自宅でも起こりうることですので、ご理解頂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。

【個人情報に関する同意書】

（１）施設を利用するに当たり、ご利用者および関係者の個人情報の使用は、必要最小限の範囲内にとどめます。

（２）ご利用期間　介護サービス提供に必要な期間および契約書期間に準じます。

（３）施設の利用目的

① 介護保険における介護認定の申請および更新、変更のため
② ご利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービス提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
④ ご利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医などの意見を求める必要がある場合
⑤ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議での情報提供のため
⑥ その他サービス提供において必要性がある場合
⑦ 上記以外の緊急時に連絡等が必要な場合

（４）使用条件

① 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用いたしません。
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、請求のある場合は開示します。また、ご利用者のご希望に応じて、ケース記録等を開示します。

（５）施設のご利用者やその家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ利用目的等をご利用者もしくはそのご家族に説明し、同意を得ることとします。
但し、以下の場合は同意を得ることなく、第三者に提供できるものとします。

① 実地指導等法令に基づく行政の検査や、人の生命に関わるケース、公衆衛生の向上の為に必要な場合、その他法の規定により順守すべき事項に該当する場合。
② その他、ご利用者やご家族が施設に対して依頼したことを志向する場合。

私及びその家族の個人情報については、上記に記載するとおり必要最小限の範囲内で利用することに同意します。

令和　　年　　月　　日

利用者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族代表者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（続柄　　）