

# 重要事項説明書

(共用型認知症対応型通所介護)

ケアファースト株式会社

共用型認知症対応型通所介護 らくらく

あなたに対する共用型認知症対応型通所介護サービス（介護予防共用型認知症対応型通所介護サービス）の提供開始にあたり、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とおり説明いたします。

## 1、事業者の概要

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名   | ケアファースト株式会社     |
| (2) 法人所在地 | 福井県越前市稲寄町12-8-5 |
| (3) 電話番号  | (0778) 22-0055  |
| (4) 代表者氏名 | 前田 栄二           |
| (5) 設立年月日 | 平成21年9月1日       |

## 2、事業所の概要

- |               |  |
|---------------|--|
| (1) 事業所の種類    | 共用型認知症対応型通所介護（介護予防共用型認知症対応型通所介護）事業所<br>事業所番号 1870300330  |
| (2) 事業の目的     | 当事業所は、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およ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および心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図る。  |
| (3) 事業所の名称    | いちばん介護デイサービスセンター   |
| (4) 事業所の所在地   | 福井県越前市稲寄町12-8-5  |
| (5) 電話番号      | (0778) 22-0055   |
| (6) 管理者氏名     | 西本 信子  |
| (7) 当事業所の営業方針 | <ul style="list-style-type: none"><li>① 当事業所は、利用者が住み慣れた地域での生活を維持することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行う。</li><li>② 当事業所は、利用者一人ひとりの人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割をもって日常生活を送ることができるよう配慮する。</li><li>③ 当事業の実施にあたっては、共用型認知症対応型通所介護計画に基づき、漫然かつ</li></ul> |

画一的にならないように、利用者の機能訓練およびその者が日常生活を送ることができるよう必要な援助を行う。

- ④ 当事業所は、共用型認知症対応型通所介護サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ⑤ 当事業の実施にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うものとする。
- ⑥ 当事業の実施にあたっては、常に利用者の心身の状況を把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供するものとする。
- ⑦ 従業者は、業務上知り得た個人の秘密を、在職中は勿論のこと退職後も漏洩しないものとする。

### 3、事業の実施地域および営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 越前市
- (2) 営業日および営業時間

営業日	月～土（元日の1月1日は休み）
サービス提供時間	午前9時00分～午後4時00分

### 4、職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護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。

(職員の配置状況)

- |        |      |
|--------|------|
| 1、管理者  | 1名   |
| 2、介護職員 | 1名以上 |

(主な職種の勤務形態)

- |        |      |            |
|--------|------|------------|
| 1、管理者  | 勤務時間 | 8：30～17：30 |
| 2、介護職員 | 勤務時間 | 8：30～17：30 |

### 5、当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者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について

- イ、利用料金が介護保険から給付される場合
- ロ、利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

- (1) 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第4条、第6条参照）

- a) サービスの種類

- イ、入浴

・入浴または清拭を行います。

ロ、排泄

・排泄の介助を行います。

ハ、機能訓練

・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

## b) サービスの利用料金

イ、介護給付（7時間以上8時間未満の場合）

要支援 1	……………	4 8 3 円（1日あたり）
要支援 2	……………	5 1 2 円（1日あたり）
要介護 1	……………	5 2 2 円（1日あたり）
要介護 2	……………	5 4 1 円（1日あたり）
要介護 3	……………	5 5 9 円（1日あたり）
要介護 4	……………	5 7 7 円（1日あたり）
要介護 5	……………	5 9 7 円（1日あたり）
サービス提供体制強化加算 I		2 2 円（1日あたり）
入浴介助加算 I	……………	4 0 円（1日あたり）

※時間が短くなった場合は、料金も変更になります。（別紙参照）

※介護負担割合が2割の方は料金が2倍、3割の方は3倍となります。

ロ、介護職員等処遇改善加算 I 所定単位数の18.1%

\*ご契約者がまだ要支援または介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。要支援また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、居宅介護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、ご契約者が保健給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス証明書」を交付します。

\* ご契約者に提供する食事の材料に係わる費用は別途請求いたします。

（下記（2）-a 参照）

\*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、ご契約者の負担額を変更します。

## (2) 介護保険給付の対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### a) 食事の提供（食材費）

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：890円（昼食）

### b) 喫茶代

料金：120円

### b) 活動材料費

ご契約者の希望によりレクリエーション等にかかる費用です。

料金：100円（1回あたり）

d) ご契約者の日常生活に要する費用

(習字・絵手紙・手芸俳句・連絡帳等にかかる材料費)は必要に応じ負担していただきます。

料金 : 実費

経済環境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、変更の1ヶ月前までに変更の内容とその事由についてご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払方法 (契約書第6条参照)

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

- a) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までにお申し出ください。
- b) サービス内容の変更、追加のお申し出に対して、弊事業所の稼動状況により契約者の希望する内容に対応できない場合には、他の事業所サービスをご紹介して協議いたします。

## 6、送迎サービスについて

事業所は、通所介護サービスの提供にあたり、利用者の送迎を行います。但し、利用者またはその家族と相談のうえ、必要に応じてご家族に送迎対応をお願いする場合があります。また、利用者の体調を踏まえ、車椅子等利用可能な送迎管理体制を整えます。

## 7、緊急時における対応について

通所介護サービスの提供中に、利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医または協力機関に連絡し、適切な措置を講ずるとともに管理者に報告する。

- |   |         |         |              |
|---|---------|---------|--------------|
| ① | 利用者の主治医 | 医療機関の名称 |              |
|   |         | 主治医氏名   |              |
|   |         | 所在地     |              |
|   |         | 電話番号    |              |
| ② | 協力医療機関  | 医療機関の名称 | たけふクリニック     |
|   |         | 院長氏名    | 窪田 彰一        |
|   |         | 所在地     | 越前市村国3丁目1-12 |
|   |         | 電話番号    | 0778(29)1212 |
| ③ | 緊急連絡先   | 氏 名     |              |
|   |         | 住 所     |              |

## 電話番号

### 8、発生時の対応について

通所介護サービスの提供により事故が発生した場合には、市町村、当該サービス利用者の家族および当該利用者に係わる居宅介護支援事業者に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。また、賠償すべき事故の場合には、速やかに賠償を行う。

### 9、苦情の受付について

#### (ア) 当事業所

担当者	管理者	西本 信子
	電話番号	0 7 7 8 ( 2 2 ) 0 0 5 5
受付時間	月曜～土曜	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

また、苦情受付場所を玄関ホールに設置しております。

#### (イ) 越前市

担当課	長寿福祉課	
	電話番号	0 7 7 8 ( 2 2 ) 3 1 7 5
受付時間	月曜～金曜	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0

#### (ウ) 鯖江市

担当課	長寿福祉課	
	電話番号	0 7 7 8 ( 5 3 ) 2 2 1 8
受付時間	月曜～金曜	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0

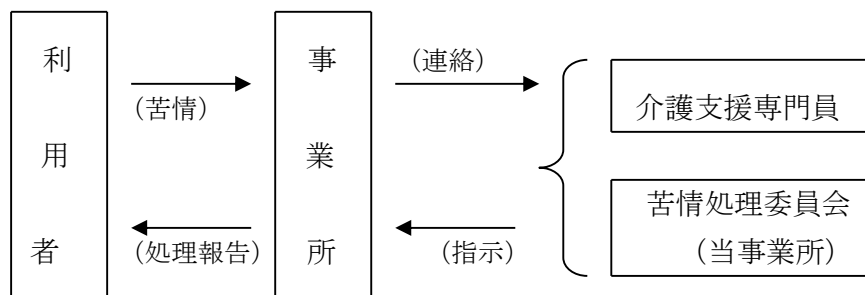
#### (エ) その他の苦情受付

福井県国民健康保険団体連合会 事業課 介護保険係		
所在地	福井市西開発4丁目202-1 福井県自治会館4F	
	電話番号	0 7 7 6 ( 5 7 ) 1 6 1 4
受付時間	月曜～金曜	8 ; 3 0 ~ 1 7 : 0 0

#### (オ) 第三者委員

吉田 守	吉田 孝信	舘 昭夫
------	-------	------

- (カ) 事業所に持ち込まれた苦情や相談は、管理者が必要に応じて、それぞれの職務者に相談のうえ、速やかに対応する。



#### 10. 虐待防止のための措置に関する事項)

- (1) 事業所は、介護サービスの提供に対する利用者の人権擁護・虐待防止の等に対応する為、責任者の設置、相談窓口の設置等苦情解決体制の整備、成年後見制度の利用支援等、必要な措置を講ずるものとする。
- (2) 法人内の全事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (3) 虐待防止のための指針を整備する。
- (4) 従業者に対し、虐待防止の為の研修を定期的実施する。
- (5) 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置する。

虐待防止に関する責任者	(職・氏名)
-------------	--------

#### 11. 身体拘束のための措置に関する事項

- (1) 事業所は、当該利用者の又は他の利用者の生命または身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。
- (2) 当事業所は管理者を含む「身体拘束委員会」で緊急やむを得ない場合に該当するかどうか十分検討する。
- (3) 拘束する場合でも、利用者本人や家族に対して、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を医師や管理者の立会いのもと、現場責任者から出来るだけ詳細に説明し、十分な理解が得られるように努める。
- (4) 事業所は、緊急やむを得ず拘束する場合においても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録する事とする。
- (5) 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置する。

身体拘束防止に関する責任者	(職・氏名)
---------------	--------

令和 年 月 日

共用型認知症対応型通所介護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。

(説明者)

デイサービスセンター らくらく

職 名

氏 名

印

本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受け、共用型認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意します。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印