

重 要 事 項 説 明 書

当事業所はご契約者に対して指定認知症対応型通所介護、指定介護予防認知症対応型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。

ご利用の求めに応じて、ご請求のサービス提供記録を開示いたします。

当サービスの利用者は、原則として要介護認定の結果『要支援１・２、要介護１～５』と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (１) 法人名 | 富田ケアセンター有限会社 |
| (２) 所在地 | 倉敷市玉島道口 2754 番地 1 |
| (３) 電話番号 | 0 8 6 - 5 2 6 - 5 9 0 0 |
| (４) 代表者氏名 | 代表取締役社長 山中 祥吉 |
| (５) 設立年月日 | 平成 1 5 年 6 月 6 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|---|
| (１) 事業所の種類 | 指定認知症対応型通所介護・平成 18 年 7 月 1 日
指定介護予防認知症対応型通所介護・平成 18 年 10 月 1 日 |
| (２) 事業所の目的 | 介護保険法の理念に基づき、要介護状態等にある高齢者に対し適切な認知症対応型通所介護を提供します。 |
| (３) 事業所の名称 | デイサービス 桃の木 |
| (４) 事業所番号 | 3 3 9 0 2 0 0 0 5 7 |
| (５) 事業所の所在地 | 倉敷市玉島道口 2 7 5 4 番地 1 |
| (６) 電話・FAX | 0 8 6 - 5 2 2 - 8 5 1 0 FAX 0 8 6 - 5 2 2 - 8 3 3 6 |
| (７) 代表者氏名 | 山中 祥吉 |
| 管理者氏名 | 本山 真弓 |
| (８) 当事業所の運営方針 | 要支援・要介護認定を受けられた認知のある高齢者及びそのご家族が安心して家での生活を営むことができることを目的とし、高齢者が明るく・自由に・楽しく・尊厳を持って生きることを支援します。
特に、認知症専門デイサービスとして、ゆったりとした時間を過ごしていただけるよう内容を工夫しています。 |
| (９) 開設年月 | 平成 1 8 年 7 月 1 日 |
| (10) 利用定員 | 1 2 人 |
| (11) 第三者評価の実施状況 | |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 倉敷市

(2) 営業日及び営業時間

サービス提供日	月曜日から日曜日、祝日（1月1日～1月3日除く）
営業時間	午前8：30から午後5：30
サービス提供時間	午前9：30から午後5：00

*ただし、ご都合に合わせて調整させていただきますので、ご相談ください。

4. 職員体制(職種及び人員)

当事業所では、ご契約者に対して指定認知症対応型通所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属しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	
管理者	1名以上
生活相談員	1名以上
介護職員	2名以上
看護職員 兼 機能訓練指導員	1名以上

※富田訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が健康状態の観察を行う。

また、提供時間帯を通じて、通所介護事業所へ駆けつけることができる体制を確保。

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します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 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) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます

＜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。）
 - ・栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ② 入浴
 - ・一人浴槽、を使用して入浴することができます。（身体状況により、特殊浴槽利用）
- ③ 排泄介助
- ④ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、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又は、その減退を防止するための訓練を実施します。

＜サービスの利用料金（１回あたり）＞

別表の料金表によって、ご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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

7時間～8時間

要介護度	介護費（１割）	入浴加算Ⅰ
要支援１	８６１円	４０円
要支援２	９６１円	４０円
要介護１	９９４円	４０円
要介護２	１１０２円	４０円
要介護３	１２１０円	４０円
要介護４	１３１９円	４０円
要介護５	１４２７円	４０円

☆但し、サービス提供時間が
５～６時間・６～７時間等の場合もあります。
別紙『ご利用料金表』に定めるとおりとします。

☆負担割合証の割合に応じて算定致します。

☆介護職員等処遇改善加算として所定単位数の２３．６％を算定させていただきます。

・ サービス提供体制強化加算Ⅰ：２２円/回

・ 科学的介護推進体制加算：４０円/月

- ・ 送迎を実施しない場合 - ４７円/片道

☆ ご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いったんお支払いいただきます。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にも償還払いとされます。償還払いとなる場合、ご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。

☆ ご契約者に提供する食事の材料にかかわる費用は別途いただきます。（下記（２）①参照）

☆ 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、ご利用者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

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。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食 費

ご契約者に提供する食事です。 料金：１回あたり ７５０円

② レクリエーション

ご契約者の希望によりレクリエーション等に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくこ

とが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代（実費）

種類	M	L	LL
尿とりパット	30円	50円	
リハビリパンツ	150円	170円	230円
紙おむつ	160円		

☆ 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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法

前期（１）、（２）の料金・費用は、当月末締め、翌月、事業者が指定する方法によりお支払いください。

（４）利用中止、変更、追加

○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又は変更、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事業者申し出てください。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6.サービスの利用に関する留意事項

- （１） 当事業所の職員や他の利用者に対し、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できません。
- （２） 防災のため、所定の喫煙場所以外での喫煙はできません。
- （３） 広報活動等に活動中の写真を使用する場合がありますので、不都合がある方は、あらかじめお申し出下さい。
- （４） 当事業所の職員や他の利用者に対し、身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）、精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）セクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）は安心して働ける労働環境と安全確保のため許容しません。

7.非常災害時の対策

- ・ 防災時の対応 防災計画による
- ・ 防災設備 自動通報システム・煙感知器・屋内消火器・消火器等設置
- ・ 防災訓練 年2回以上（訓練内容は消防署へ提出）
- ・ 防火管理者 本山 真弓

8.賠償責任

- (1) 当事業所において、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賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。
- ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約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場合があります。

9.守秘義務

- (1) 事業所及びサービス従事者又は従業者は、サービス提供をする上で知り得たご契約者・代理人及びご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
- (2) ご契約者又は代理人は、ご契約者の通所介護計画作成のため、他の居宅介護支援事業者・サービス担当者会議等において、ご契約者・代理人及びその他のご家族の個人情報を用いる場合、あらかじめ文書にて同意を得ます。

10.緊急時の対応

サービス提供中に病状の急変などあった場合、あらかじめ届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに、医師への連絡等必要な措置を講じます。

11.苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口（担当者）	本山 真弓（管理者） 万代 恭子（生活相談員）
受付時間	午前8：30～午後5：30
電 話	086-522-8510
営業日	月曜日～日曜日、祝日（1月1日～1月3日を除く）

- (2) その他当事業所以外に市町村の相談苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

倉敷市介護保険課	086-426-3343
受付時間	午前8：30～午後5：15
受付対応日	土・日曜日、祝日、12月29日～1月3日を除く

- (3) 国保連合会苦情窓口

岡山県国民健康保険連合会	086-223-8811
受付時間	午前8：30～午後5：00
受付対応日	土・日曜日、祝日、12月29日～1月3日を除く

12.事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な

措置を講じ、記録に残します。

- (2) 利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供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。

13.記録の整備

利用者に対する介護サービスの提供の諸記録を整備しその完結の日から5年間保存します。

14.虐待の防止について

利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- (1) 当事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (2) 当該事業所従業者または養護者（現に養護している家族・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。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (4) 当事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。
- 管理者： 本山 真弓

15.身体拘束の禁止

- (1) 当事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。
- (2) 身体拘束の適正化を図るための委員会を定期的に開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 身体拘束等の適正化のための指針を整備し、従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を行います。

16.衛生管理

当事業所は、感染症の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともにその結果を従業者に周知徹底を図ります。また、指針を整備し、従業者に対し、感染症の予防及び蔓延の防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

17.業務継続に向けた取り組みの強化

当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し、サービス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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 従業者に対し、業務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。
- (2) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

18. 掲示

事業所は、当事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に質すると認められる重要事項を書面掲示することに加え、ホームページや情報公表システム等のインターネット上で情報の閲覧ができるよう掲載・公表します。

指定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。

事業者名 富田ケアセンター 有限会社
代表者氏名 代表取締役社長 山中 祥吉

令和 年 月 日

デイサービス桃の木

所在地 倉敷市玉島道口 2754 番地—1

職 名

説明者

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、指定認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者

住所

氏名

代筆者

住所

氏名

続柄