

## 重要事項説明書

### (認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護)

社会福祉法人 東益津福祉会（以下「事業者」と言う。）が運営する高麗デイサービスセンターきすみれ（以下「事業所」と言う。）があなたに提供するサービスの重要事項について次のとおり説明します。

#### 1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 東益津福祉会
事業者の所在地	焼津市坂本385-1
電話番号	054-628-0070
代表者職	理事長
代表者氏名	村松 幹子

事業所の名称	高麗デイサービスセンターきすみれ
事業所の所在地	焼津市駅北4丁目3番6号
電話番号	054-626-4165
介護保険事業所番号	2275100549
指定年月日	平成17年8月15日
交通の便	JR 焼津駅北口下車、徒歩3分 東名焼津I.Cから4km
通常の事業の実施地域	焼津市

#### 2 事業所の職員の概要

職種	資格	員数	勤務の体制	
			常勤	非常勤
管理者	介護福祉士 介護支援専門員 (生活相談員兼務)	1人	1人	
生活相談員	介護福祉士 社会福祉主事 (介護職員兼務)	2人	2人	
	介護福祉士 (介護職員兼務)	1人		1人
介護職員	介護福祉士	4人	4人	
	ホームヘルパー2級	3人	1人	2人
機能訓練指導員	看護師	1人		1人

### 3 事業所の定員

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護 12名（1単位）

### 4 サービスの提供時間

サービス提供時間	9:30～16:35
営業をしない日	年末年始12月30日～1月3日

### 5 運営の方針

要介護者又は要支援者の心身の状況を踏まえて、個人の尊厳を保持し、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、日常生活上必要な援助及び適切な機能訓練を行います。

### 6 利用料金

#### (1) 介護保険適用部分

事業所の認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応型通所介護の利用に際し、下記の単位数に10.17円を乗じた金額の1割もしくは2割（介護保険負担割合証に記載された割合）が自己負担となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

（単位：単位数）

区分	7時間以上9時間未満 1日あたり
要支援1	852
要支援2	952
要介護1	985
要介護2	1,092
要介護3	1,199
要介護4	1,307
要介護5	1,414

#### 加算料金（次の要件に合致した場合加算します。）

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	介護職員の内、介護福祉士の割合が50%以上の場合。	18/日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	介護職員の内、介護福祉士の割合が40%以上の場合。	12/日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	サービスを提供する職員の内、勤続年数3年以上の職員の割合が30%以上の場合。	6/日
個別機能訓練加算	機能訓練指導員、介護職員等が共同で利用者毎に個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を実施した場合。	27/日
入浴加算	入浴サービスを利用した場合。	50/日

若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者に対して、指定介護（予防）認知症対応型通所介護を行った場合。	60 / 日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る介護職員の賃金改善等の計画を策定し、計画に基づき賃金改善等を実施した場合。	合計単位数の 10.4%

※サービス提供体制強化加算は（Ⅰ）イ（Ⅰ）ロ（Ⅱ）のいずれかを加算します。

## （2）その他の費用

- ア 食費（おやつ含む）として650円を負担していただきます。
- イ 製作活動材料等にかかる費用として1回につき20円を負担していただきます。
- ウ その他あなた自身でお使いになる特定日用品にかかる費用を負担していただきます。

## （3）料金の支払い方法

あなたが事業所に支払う料金の支払方法については、月毎の精算とします。支払い方法は口座自動引き落としとしてお願いします。毎月18日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、24日までに通帳にご入金下さい。

## 7 サービスの利用方法

### （1）利用開始

- ア あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所にご相談下さい。
- イ この説明書によりあなたからの同意を得た後、事業所が通所介護計画又は介護予防通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

### （2）サービスの終了

- ア あなたのご都合でサービスを終了する場合  
サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書で申し出て下さい。
- イ 事業所の都合でサービスを終了する場合。  
人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の15日前までに、文書によりあなたに通知します。
- ウ 自動終了  
次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
  - ① あなたが介護保険施設に入所した場合。
  - ② あなたの要介護区分が非該当（自立）と認定された場合。
  - ③ あなたが亡くなったとき。

### エ その他

- ① 事業所が正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、事業所が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ② あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払いの催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが事業所に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに

通知することにより直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

## 8 サービスの内容

事業所があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

送 迎	身体的事情等から必要な方に福祉車両で送迎を行います。
機能訓練	利用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行います。
入 浴	入浴または清拭を行います。
食 事	利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
生活相談	相談、苦情等窓口を設け随時対応します。
そ の 他	

- (1) サービスの提供は懇切丁寧におこない、サービスの提供方法について、あなたに分かりやすいように説明します。
- (2) サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特にあなたの身体に接触する設備、器具については、サービス毎に消毒したものを使用します。

## 9 サービス利用にあたっての留意事項

### (1) サービスの中止・変更

体調不良の場合はご自宅で休養をお取り下さい。サービス利用中止の場合は前日又は当日、午前8時30分までにご連絡下さい。また以下の場合には利用者又は家族に連絡の上、サービスを中止又は変更する場合がございます。

- ア. 利用者及び同居される家族が感染症（感染性胃腸炎、インフルエンザ等）を発症した場合には、医師の許可がでるまでは利用を中止させていただく場合があります。
- イ. 体調が悪くサービスを継続することが困難な時。
- ウ. 天候不順（降雪・台風等）または災害等によりサービスの実施、継続が困難な時。

### (2) 緊急連絡先の変更について

緊急連絡先の変更があった場合は随時ご連絡下さい。また外出等で一時的に緊急連絡先が変更となる場合も当日送迎職員にお知らせ下さい。

### (3) 金銭・貴重品の持ち込み

人の出入りの多い場所です。多額の金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。

## 10 緊急時の対応方法

ご利用中に容態の変化等があった場合は、容態により救急車の手配を行なうほか、事前の打ち合わせにより、緊急連絡先、主治医、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所へ連絡いたします。

## 11 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町、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とった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 1 2 苦情処理

あなたは、事業所の認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応型通所介護の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、事業所に苦情を申し立てたことにより、何ら差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 塚本徹  
電話番号 054-626-4165

この他、市町や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

市 町	担当窓口	焼津市 健康福祉部 介護保険課 保険給付担当
	電話番号	054-626-1159
国民健康保険団体連合会	担当窓口	介護保険課 苦情相談窓口
	電話番号	054-253-5590

平成 年 月 日

認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

<事業所> 所在地 焼津市駅北4丁目3番6号  
名 称 高麓デイサービスセンターきすみれ  
説明者 \_\_\_\_\_ 印

この説明書により、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護に関する重要事項の説明を受けました。

<利用者> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<上記代理人> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<身元引受人(保証人)> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印