

介護予防認知症対応型通所介護サービス 重要事項説明書

当施設は、老人福祉法による特別養護老人ホームで、介護保険法による指定介護老人福祉施設の指定を受けています。

(兵庫県指定第2874500404号)

当事業所は、老人福祉法による特別養護老人ホームに併設されている指定居宅サービスの中の認知症対応型通所介護事業所で、介護保険法による指定を受けています。

(豊岡市指定第2894400031号)

当施設はご利用者に対し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、ご利用上ご注意くださいことを次の通り説明します。

1. 施設・事業所経営法人

- 1) 法人名 兵庫県社会福祉事業団
- 2) 法人所在地 神戸市西区曙町1070
- 3) 電話番号 078-929-5655
- FAX番号 078-929-5688
- 4) 代表者氏名 理事長 藪本 訓弘
- 5) 設立年月日 昭和39年7月1日
- 6) インターネットアドレス番号 <http://www.hwc.or.jp>

2. ご利用施設・事業所の概要

- 1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上2階塔屋1階
- 2) 建物の延べ床面積 5,924.24㎡
- 3) 施設・事業所の事業
事業の種類 兵庫県知事の事業者指定 利用定数
指定介護老人福祉施設 110名
短期入所生活介護事業（介護予防事業含む） 10名
認知症対応型通所介護事業（介護予防事業含む） 10名
居宅介護支援事業
訪問介護事業・障害者居宅介護事業（身体・知的・精神）
障害者指定短期入所事業（身体・知的・精神）
- 4) 施設の周辺環境
日高町中心街より北西へ約10kmの十戸地区に位置し、神鍋高原に隣接している。まさに但馬の大自然の懷に抱かれ、三方を緑豊かな山々に囲まれた環境のもとにあります。

3. ご利用施設

(1) 事業の種類

指定介護予防認知症対応型通所介護事業
平成22年10月1日指定

(2) 事業の目的

介護保険法令に従い、ご利用者が、その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支援することを目的として、介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。

(3) 施設・事業所の名称

特別養護老人ホーム たじま荘
併設 介護予防認知症対応型通所介護事業所

(4) 施設の所在地

〒669-5365
兵庫県豊岡市日高町十戸455
交通機関
・JR山陰線「江原」駅より車で15分
・全但バス「十戸」停留所より徒歩5分

(5) 電話番号及びFAX番号

TEL : 0796-44-1730
FAX : 0796-43-4333

(6) 事業所長 氏名 植 木 直 子

管理者 氏名 辻 惇

(7) 当事業の運営方針

利用者の人権やその人らしさを尊重し、常に利用者の立場に立った居宅サービスの提供につとめるとともに、利用者が有する個々の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目指した運営をいたします。

(8) 開設年月日

平成22年10月1日 開設

(9) 利用定員

10名

(10) 施設・事業所が行っている業務

指定介護老人福祉施設

併設 短期入所生活介護事業（介護予防事業含む）

障害者短期入所事業（身体・知的・精神）

認知症対応型通所介護事業

居宅介護支援事業

訪問介護事業

障害者居宅介護事業（身体・知的・精神）

(11) 通常の事業の実施地域

豊岡市日高町全域

(12) 営業日及び営業時間

認知症対応型通所介護事業

営業日 通常 月曜日・火曜日・水曜日・金曜日・土曜日
(ただし12月29日～1月3日を除く)

受付時間 8時45分～17時30分

サービス提供時間 9時15分～16時45分

(通常の時間以外については、その都度ご相談に応じます)

(13) 居室の概要

当事業所では以下の設備をご用意しています。

(特養と共用の部分を含んでいます。)

居室・設備の種類	面積	備 考
食堂及び機能訓練室	30.0 m ²	
静養室	3.3 m ²	
相談室	32.8 m ²	共用
浴室（一般浴室・機械浴室）	13.6 m ²	共用
事務室	94.1 m ²	共用
便所	7.0 m ²	共用
厨房	172.2 m ²	共用

4. 利用開始からサービス提供の流れ

ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス、支援計画書」がある場合はその内容を踏まえ、利用開始後に作成するそれぞれのサービスに係る介護予防計画に定めます。

5. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して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置しています。

<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	配置人員	常勤換算	配置基準
1. 施設長	1 名	1	1 名
2. 管理者	1 名	0, 5	1 名
3. 生活相談員	2 名	1, 0	2 名
4. 介護職員	6 名	3, 1 2	3 名以上
5. 機能訓練指導員	1 名	0, 2	1 名

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 施設長	常勤（兼務）
2. 管理者（生活相談員）	常勤
3. 生活相談員	常勤
4. 介護職員	常勤
5. 機能訓練指導員	

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

○ 介護予防認知症対応型通所介護サービス

- | |
|--|
| (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利用者にご負担いただく場合 |
|--|

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（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食事

- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体状況および嗜好に出来り限り配慮した食事を提供します。

② 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。但し、身体状況によっては、入浴を中止する場合があります。

③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員等により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復またはその減退を予防するために、機能訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・支援員または看護職員が、健康管理を行います。

⑥ 送迎サービス

- ・ご利用者居宅と事業所間の送迎サービスを行います。
但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

⑦ 生活相談

- ・ご利用者の生活上の相談や介護相談をいたします。また認知症や認知症の周辺症状等についても、事業所会議での検討、専門的な知識のある職員や看護師、状況により専門医等との連携のもと相談援助いたします。

＜サービス利用料金（１回あたり）＞

下記の料金表によって、ご利用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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度と利用時間に応じて異なります）

なお、介護保険負担割合証より、以下のサービス利用に係わる自己負担額が通常１割負担を２割負担、若しくは３割負担にして頂くことがあります。

サービス利用料金表

ア) 要介護度及び利用時間による利用料金

＜ ７ 時間以上 ８ 時間未満の場合＞ （単位：円）

1. ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2
	7,730	8,640
2. 介護保険からの給付額	6,957	7,776
2 割負担	6,184	6,912
3 割負担	5,411	6,048
3. ご利用者負担額 (1－2)	773	864
2 割負担	1,546	1,728
3 割負担	2,319	2,592

＜ 6 時間以上 7 時間未満の場合＞ （単位：円）

1. ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2
	6,840	7,620
2. 介護保険からの給付額	6,156	6,858
2 割負担	5,472	6,096
3 割負担	4,788	5,334
3. ご利用者負担額 (1－2)	684	762
2 割負担	1,368	1,524
3 割負担	2,052	2,286

＜ 5 時間以上 6 時間未満の場合＞ （単位：円）

1. ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2
	6, 670	7, 430
2. 介護保険からの給付額	6, 003	6, 687
2 割負担	5, 336	5, 944
3 割負担	4, 669	5, 201
3. ご利用者負担額 (1 － 2)	667	743
2 割負担	1, 334	1, 486
3 割負担	2, 001	2, 229

＜ 4 時間以上 5 時間未満の場合＞ （単位：円）

1. ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2
	4, 490	4, 980
2. 介護保険からの給付額	4, 041	4, 482
2 割負担	3, 592	3, 984
3 割負担	3, 143	3, 486
3. ご利用者負担額 (1 － 2)	449	498
2 割負担	898	996
3 割負担	1, 347	1, 494

＜ 3 時間以上 4 時間未満の場合＞ （単位：円）

1. ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2
	4, 290	4, 760
2. 介護保険からの給付額	3, 861	4, 284
2 割負担	3, 432	3, 808
3 割負担	3, 003	3, 332
3. ご利用者負担額 (1 － 2)	429	476
2 割負担	858	952
3 割負担	1, 287	1, 428

＜ 8 時間以上 9 時間未満の場合＞ （単位：円）

1. ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2
	7, 980	8, 910
2. 介護保険からの給付額	7, 182	8, 019
2 割負担	6, 384	7, 128
3 割負担	5, 586	6, 237
3. ご利用者負担額 (1 － 2)	798	891
2 割負担	1, 596	1, 782
3 割負担	2, 394	2, 673

イ) サービス内容による加算

以下のサービスは介護報酬の加算対象となっています。厚生労働省の定める基準に従い施設が整えているサービスの提供体制にかかる加算を以下の通り負担いただきます。各加算の金額のうち1割または2割、または3割負担が本人負担金額です。

●入浴介助加算（Ⅰ：400円／日、Ⅱ：550円／日）

< 入浴介助加算（Ⅰ） >

- ・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。
- ・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。

< 入浴介助加算（Ⅱ） >

- ・医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室での動作及び環境を評価した上で個別の入浴計画を作成する。
- ・入浴計画に基づき居宅の状況に近い環境で入浴介助を行う場合に加算する。

●サービス提供体制強化加算（Ⅰ：220円／日、Ⅱ：180円／日、Ⅲ：60円／日）

Ⅰは介護職員のうち介護福祉士のしめる割合が100分の70以上である場合、または勤続10年以上の介護福祉士のしめる割合が100分の25以上である場合に加算する。

Ⅱは介護職員のうち介護福祉士のしめる割合が100分の50以上である場合。

Ⅲは次のイ、ロいずれかを満たす場合に加算する。（イ：介護職員のうち介護福祉士のしめる割合が100分の40以上である場合。ロ：勤続7年以上の介護職員が100分の30以上である場合）

●個別機能訓練加算（Ⅰ：270円／日、Ⅱ：200円／月）

Ⅰは通所介護を行う時間帯に1日120分以上機能訓練指導員に従事する者（理学療法士・作業療法士・看護師等）を1名以上配置し、機能訓練実施計画書を作成して訓練を実施した場合に加算する。

Ⅱは、Ⅰを算定している場合で、かつ訓練計画の情報を厚生労働省に提出し、訓練実施の際に該当情報を有効活用した場合に加算する。

※現時点では要件が整っていないので算定していません。

●若年性認知症利用者受入加算（600円／日）

18歳から64歳で認知症を発症した利用者に対して、指定認知症対応型通所介護を行った場合に加算する。

●科学的介護推進体制加算（400円／月）

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出していること。

必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

●ADL 維持等加算（Ⅰ：300 円／月、Ⅱ：600 円／月） ※要介護者のみ

< ADL 維持等加算（Ⅰ） >

イ 利用者等（当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者）
の総数が10人以上であること。

ロ 利用者等全員について、利用開始月と当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）において、**Barthel Index** を適切に評価できる者が ADL 値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。

ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定した ADL 値から利用開始月に測定した ADL 値を控除し、初月の ADL 値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値（調整済 ADL 利得）について、利用者等から調整済 ADL 利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済 ADL 利得を平均して得た値が1以上であること。

< ADL 維持等加算（Ⅱ） >

- ADL 維持等加算（Ⅰ）のイとロの要件を満たすこと。
- 評価対象利用者等の調整済 ADL 利得を平均して得た値が3以上であること。

1. サービス内容とサービス利用料金	入浴介助加算 （Ⅰ） 400円	サービス提供体制強化 加算（Ⅰ） 220円	科学的介護 推進体制加算 400円	ADL 維持等 加算 （Ⅰ） 300円	個別機能訓練 加算 （Ⅰ） 270円
2. うち、介護保険から給付される金額	360円	198円	360円	270円	243円
3. サービス利用に係る自己負担額 （1－2）	40円／日	22円／日	40円／月	30円／月	27円／日

☆上記単位以外にも介護職員処遇改善加算（Ⅰ）が加算されます。

●介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

総単位数（基本報酬＋各種加算・減算）×18，1％の1割または2割、または3割が算定されます。

☆「サービス利用時間」及び要介護度に基づく利用料金は国で定められた基準です。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。

☆上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づく介護給付体系により計算されています。

☆ご利用者がまだ要支援認定を受けていない場合には、予想される介護度に応じた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)。ケアプラン策定の済んでいない方の場合等も償還払いとなりますが、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。

☆送迎が実施されない場合の減算について

送迎が実施されない場合（利用者が自ら通う場合、家族が送迎する場合）は片道につき47単位の減算となります。

(2) ア) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）
以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 利用者の食事等の提供

ご利用者の栄養状態に適した食事等を提供します。

利用料金：一回あたり850円

② 日常生活

日常生活用品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用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。

☆経済状況の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。

イ) 区分支給限度基準額を超えてサービスを利用された場合、サービス費用は全額自己負担になります。その自己負担額は、介護保険法に基づくサービス利用料を全額ご負担いただく事になります。

(3) 利用料金のお支払い方法

○サービス利用後、翌月10日に請求書等を発行いたします。

＜口座振替＞（25日に振替を行います）

ご指定の口座に余裕を持ってご準備ください。

※振替日の25日が土日祝の場合、後の平日に振替となります。

＜現金払い・口座振込＞（25日までにお支払いください）

①現金でのお支払いは、たじま荘窓口でお支払いください。※平日のみ

②口座振込は請求書等に記載のたじま荘の口座へお振込みください。

※振込手数料は、ご利用者の負担でお願いいたします。

※振込先がご不明な場合は、たじま荘までご連絡ください。

(4) サービス利用の変更・追加・中止等について

- ① 当事業所の稼働状況によりご利用者の希望期間にサービスが利用できない等の変更・追加・中止について、ご相談に応じます。
- ② 災害時等では、こちらの都合でデイサービスを中止する場合があります。
- ③ 台風・大雨等により警報が出た場合、状況を見ながら家族（家族と連絡が付かない場合はケアマネ）と連携をとり、お迎えの前であればデイサービスの中止、利用中であれば早期帰宅・たじま荘で待機等の対応をします。

7. サービス利用をやめる場合

当事業所の利用については、終了する期日を特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、認知症対応型通所介護サービスを利用することができますが、下記のような事項に該当するに至った場合には、認知症対応型通所介護サービス利用を終了していただくことになります。

- ① ご利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立・要支援と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご利用者からサービス利用の解約の申し出があった場合
（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑦ 事業者から利用解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1) ご利用者からの解約の申し出の場合

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく認知症対応型通所介護サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他サービス利用を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からのサービス解除の申し出の場合

以下の事項に該当する場合には、サービス利用の全部又は一部を解除させていただきますことがあります。

- ① ご利用者が、サービス利用開始時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果サービス利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご利用者によるサービス利用料金の支払いが6か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、利用サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 利用者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあったり、あるいは、ご利用者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような）を繰り返すなど、サービス利用を継続しがたい重大な事情が生じた場合

8. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、ご利用者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなどの義務を負います。当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご利用者の生命、身体、お預かりしている財産の安全に配慮します。
- ② ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ご利用者提供したサービスについて記録を作成し、サービス完結後5年間保管するとともに、ご利用者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、コピー代は有料となります。
- ⑤ ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ ご利用者へのサービスの提供時において、ご利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な措置を講じます。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）ただし、ご利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。このことについて「個人情報使用」に関する同意書をいただき、その範囲で個人情報を使用することとします。

9. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、当施設を利用されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

- (1) 他の利用者や当施設の職員に対し、暴力行為や、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。
- (2) 喫煙スペース以外での喫煙はできません。

10. 損害賠償について

- (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します。
ただし、その損害の発生の原因に、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場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 事業者は、明らかに自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
 - ① 契約者（その家族、身元引受人等含む）が、契約締結に際し、契約者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告示を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ② 契約者（その家族、身元引受人等含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して、故意にこれを告げず、又は、不実の告示を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ 契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ④ 契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ⑤ 契約者の不注意等、事業者もしくはサービス従事者に過失責任のない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

11. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口（担当者）

支 援 課 長 田 中 浩 司

管 理 者 辻 惇

受付時間 週月曜日～金曜日 9：00～17：00

電話番号 0796－44－1730

FAX 0796－43－4333

○ 苦情解決責任者

所 長 植 木 直 子

電話番号 0796－44－1730

FAX 0796－43－4333

○ 第三者委員

兵庫県社会福祉事業団監事 橋 本 盛 方
 電話番号 0 7 8 - 9 2 9 - 5 6 5 5
 F A X 0 7 8 - 9 2 9 - 5 6 8 8

法務省保護司 宗 野 義 潔
 電話番号 0 9 0 - 5 8 8 7 - 6 1 2 6

江戸町法律事務所弁護士 吉 田 邦 子
 電話番号 0 7 8 - 3 3 1 - 0 5 8 6
 F A X 0 7 8 - 3 3 1 - 0 5 4 5 (2 4 時間受付)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○ 国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番 1 - 1 8 0 1 号 電話番号 0 7 8 - 3 3 2 - 5 6 1 7 F A X 0 7 8 - 3 3 2 - 5 6 5 0 受付日 月曜日～金曜日 (祝日除く) 受付時間 8 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5
○ 豊岡市健康福祉部 高年介護課	所在地 豊岡市立野町12-12 電話番号 0 7 9 6 - 2 4 - 2 4 0 1 F A X 0 7 9 6 - 2 9 - 3 1 4 4 受付日 月曜日～金曜日 (祝日除く) 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5
○ 兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 神戸市中央区坂口通2丁目1-1 電話番号 0 7 8 - 2 4 2 - 6 8 6 8 F A X 0 7 8 - 2 7 1 - 1 7 0 9 受付日 月曜日～金曜日 (祝日除く) 受付時間 1 0 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0

1 2. 重要事項の変更

当事業所の重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、ご利用者にその内容を文書で交付し、口頭によりご説明した上で署名、押印をいただきます。

1 3. 附則

この重要事項説明の内容は、平成 2 7 年	4 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、平成 2 8 年	4 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、平成 2 9 年	4 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、平成 2 9 年	7 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、平成 3 0 年	4 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 元年	1 0 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 2 年	4 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 3 年	4 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 3 年	1 1 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 4 年	4 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 4 年	1 0 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 5 年	4 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 6 年	4 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 6 年	6 月	1 日から施行する。
この重要事項説明の内容は、令和 7 年	4 月	1 日から施行する。

指定居宅サービス（介護予防認知症対応型通所介護）の提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 たじま荘介護予防認知症対応型通所介護事業所

説明者役職名 _____ 氏名 辻 惇 _____

説明日 令和 年 月 日 （於 : ） _____

説明場所 _____

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の交付及び説明を受け、指定居宅サービス（介護予防認知症対応型通所介護）の提供開始に同意しました。

利用者

住所 兵庫県豊岡市日高町 _____

氏名 _____

身元引受人

住所 兵庫県豊岡市日高町 _____

氏名 _____

（利用者との続柄 _____）

私は、利用者が事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービス（介護予防認知症対応型通所介護）の提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、利用者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所 兵庫県豊岡市日高町 _____

氏名 _____

（利用者との関係 _____）