

認知症対応型通所介護サービス 重要事項説明書

当事業所は、老人福祉法による養護老人ホームに併設されている指定地域密着型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。

指定認知症対応型通所介護
(豊岡市指定第2894400098号)
指定介護予防認知症対応型通所介護
(豊岡市指定第2894400098号)

当事業所は、ご利用者に対し指定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 村上 恵一 |
| 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 2階建 |
| 2) 建物の延べ床面積 | 2,343. m ² (内、認知症対応型通所介護使用部分46 m ²) |
| 3) 施設の周辺環境 | 豊岡市日高町中心市街地の一角に位置し、静かな住宅街にあり、また交通の便も良い所にあります。 |

3. ご利用施設

(1) 事業の種類

指定認知症対応型通所介護
平成22年4月12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、認知症対応型通所介護サービスを提供します。

(3) 事業所の名称

ことぶき苑認知症対応型通所介護事業所

(4) 施設の所在地

〒 669-5305
兵庫県豊岡市日高町祢布1304

交通機関

- ・ JR山陰線「江原」駅より徒歩20分
- ・ 全但バス「寿」停留所より徒歩1分

(5) 電話番号及びFAX番号

TEL : 0796-42-0430
FAX : 0796-42-0517

(6) 事業所長（管理者）氏名

森田 睦美

(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、また、利用者の社会復帰を促進す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4月12日 開設

(9) 利用定員

12名

(10) 併設施設・事業所が行っている業務

養護老人ホーム
特定施設入居者生活介護

居宅介護支援
短期入所生活介護

(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・木曜日・金曜日
(ただし12月29日～1月3日を除く)

受付時間 8時30分～17時30分

サービス提供時間 9時30分～17時00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。

(養護老人ホーム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 | 42.0㎡ | |
| 静養室 | 44.1㎡ | 共用 |
| 相談室 | 21.42㎡ | 共用 |
| 浴室(一般浴室) | 5.94㎡ | |
| 事務室 | 5.58㎡ | |
| 便所 | 8.37㎡ | |
| 厨房 | 52.5㎡ | 共用 |

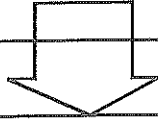
4. 利用開始からサービス提供までの流れ

(1) 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、「居宅サービス計画(ケアプラン)」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計画(以下「個別サービス計画」という。)に定めます。

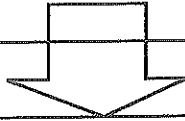
利用開始後、即座に具体的なサービスを提供しますが、正式な「個別サービス計画」策定に要する期間が必要なため、その間のサービス提供は、暫定的なため、速やかに正式な「個別サービス計画」を策定するよう努めます。

利用開始からサービス提供までの流れは次の通りです。

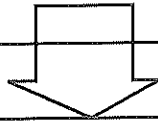
① 当事業所の生活相談員に個別サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。



② その担当者は個別サービス計画の原案について、ご利用者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



③ 個別サービス計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、ないし必要に応じて、もしくはご利用者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご利用者及びその家族等と協議して、個別サービス計画を変更します。



④ 個別サービス計画が変更された場合には、ご利用者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。



(2) ご利用に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業所の紹介等必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

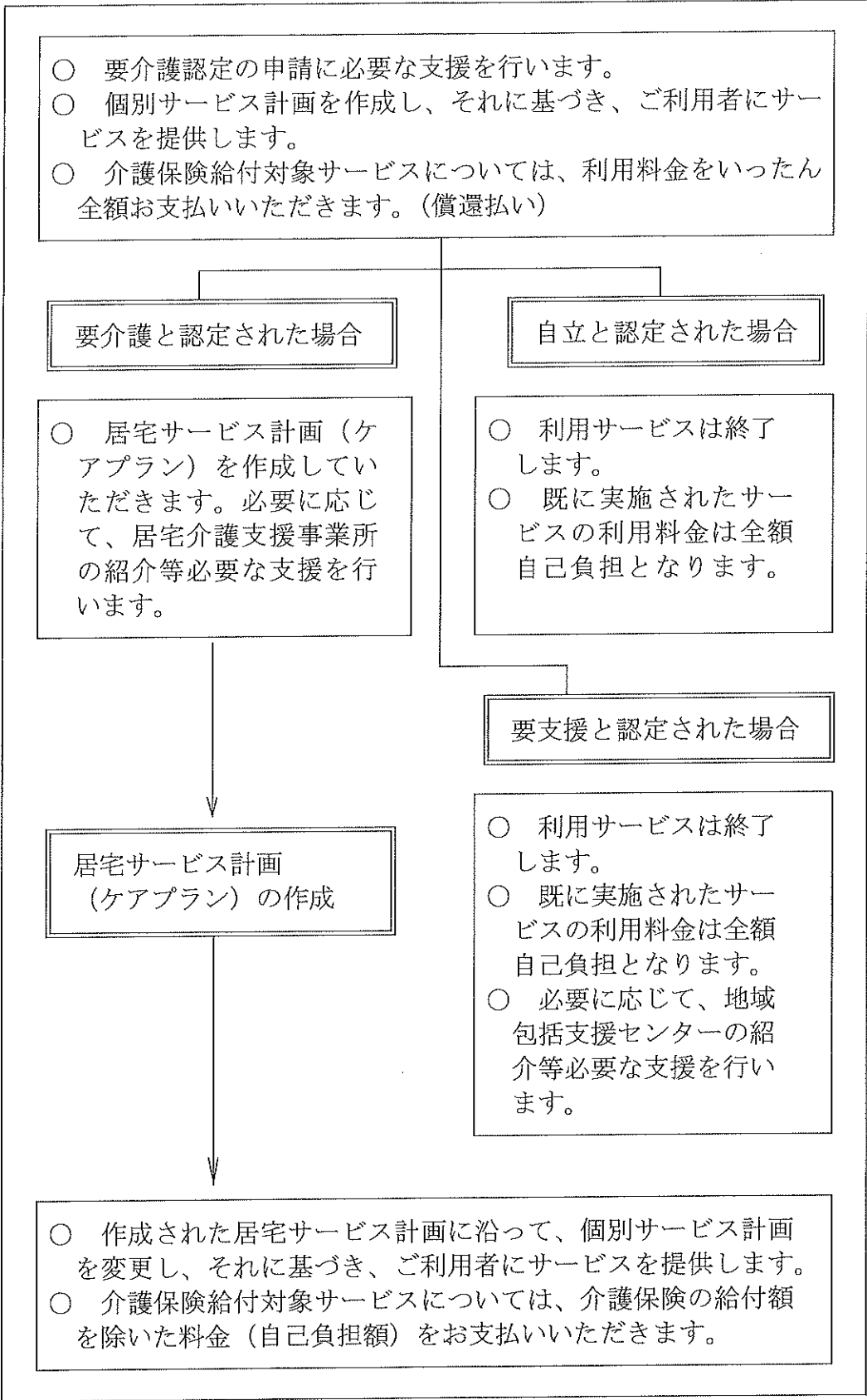


居宅サービス計画（ケアプラン）の作成



- 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

② 要介護認定を受けていない場合



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 | 配置基準 |
|------------|------|------|
| 1. 管理者 | 1 名 | 1 名 |
| 2. 生活相談員 | 2 名 | 1 名 |
| 3. 介護職員 | 4 名 | 2 名 |
| 4. 看護職員 | 1 名 | 1 名 |
| 5. 機能訓練指導員 | 1 名 | 1 名 |

<主な職種の勤務体制>

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

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。

○ 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 |
|--|

(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、介護保険負担割合証により8割、7割の場合もあります）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、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の状態および嗜好を考慮した食事を計画します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

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、入浴を禁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 個別機能訓練

- ・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、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するために個別の計画を策定し、機能訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・看護職員が、健康管理を行います。

⑥ 送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、ご利用者と事業所間の送迎サービスを行います。ただし、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協力医療機関と連携し、相談援助をいたします。

<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。）

*料金表は別表に記載しています。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスについては、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 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750円

② 日常生活費

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。

(3) 利用料金のお支払い方法

サービス利用終了後、翌月25日までにお支払いください。
納入通知書等を発行しますので、指定の金融機関に支払ってください。
支払いに関する手数料は、ご利用者の負担でお願いいたします。

(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（またはケアマネ）と連携をとり、お迎え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・ことぶき苑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となります。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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。

- 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 ご利用者にご提供したサービスについて記録を作成し、サービス完了後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処置を講じます。
- 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
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、契約者締結に際し、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、不実の告知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

1 1. 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）

次長兼支援課長

堀井 義博

管理者

森田 睦美

受付時間 週月曜日～金曜日

9：00～17：00

○ 苦情解決責任者

所 長

堂垣 春水

○ 第三者委員

社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団監事 中西 史宏

受付時間 9：00～17：00（土日祝、年末年始除く）

電話番号 078-929-5655

FAX 078-929-5688（24時間受付）

江戸町法律事務所弁護士

吉田 邦子

受付時間 9：00～17：00（土日祝、年末年始除く）

電話番号 078-331-0586

FAX 078-331-0545（24時間受付）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|----------------------|--|
| ○ 兵庫県国民健康保険 団体連合会 | 所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番 1-1801号 電話番号 078-332-5617 FAX 078-332-5650 受付日 月曜日～金曜日(祝日除く) 受付時間 8:45～17:15 |
| ○ 豊岡市役所 介護保険課 | 所在地 兵庫県豊岡市立野町12番12号 電話番号 0796-24-2401 FAX 0796-29-3144 受付日 月曜日～金曜日(祝日除く) 受付時間 9:00～16:30 |

12. 附則

令和8年4月1日より施行する

指定地域密着型サービス（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 ことぶき苑認知症対応型通所介護事業所

説明者役職名 _____ 氏名 _____

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、指定地域密着型サービス（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、指定地域密着型サービス（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 _____）