

「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型サービス」

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第 4094500073)

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サービス・介護予防認知症対応型通所介護通所型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。

当サービスの利用は、原則として福津市に住民票を持ち、要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定され、認知症であることが確認できる方が対象となります。

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 北筑前福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 福岡県宗像市用山471番地5 |
| (3) 電話番号 | 0940-38-3910 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 高山 勲 |
| (5) 設立年月 | 昭和52年9月22日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 地域密着型認知症対応型通所介護 平成27年4月16日指定
介護予防認知症対応型通所介護 |
| (2) 事業所の目的 | 要支援又は要介護状態にある利用者が居宅において可能な限り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、支援するとともに社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、又その家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とする。 |

- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター菜々
- (4) 事業所の所在地 福岡県福津市勝浦 3515 番地
- (5) 電話番号 0 9 4 0 - 5 2 - 7 0 7 7
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 荻原 圭子
- (7) 当事業所の運営方針

- ① 利用者及びその家族等の心身の特性を踏まえて日常生活動作の維持回復を図るとともに、通所介護計画に基づき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。
- ② 実施にあたっては関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、通所サービスの提供に努めるものとする。

- (8) 開設年月 平成 2 7 年 4 月 1 6 日
- (9) 利用定員 1 2 人
- (10) 第三者評価 実施なし

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 福津市
- (2) 営業日及び営業時間
- ・ 営業日 祝日を含む月曜日～土曜日
 - ・ 定休日 日曜日、1 2 月 3 0 日～1 月 3 日
 - ・ サービス提供時間 9 時 3 0 分～1 6 時 4 5 分

4. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定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>

職種	人員
1. 管理者	1 名
2. 介護職員又は看護職員	1 名以上
3. 生活相談員	1 名
4. 機能訓練指導員	1 名（兼務）

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

5. サービスの内容

- (1) 送迎 …送迎車等で自宅と事業所間を送迎いたします。
- (2) 入浴 …入浴介助にかかわる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行い、健康管理のもとに、身体状況に応じ介護職員がついて安全に楽しく入浴していただきます。
- (3) 食事 …栄養バランスを考えた献立を、調理員が心をこめて作ります。
- (4) 生活相談 …生活相談員や専門職員がいつでもわかりやすく、丁寧にご相談に応じます。
- (5) 日常動作訓練 …看護師等により、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、又は減退を防止するための訓練を実施します。

6. サービス利用料金

- (1) 【別表】の料金表によって、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、契約者の要介護度に応じて異なります。）
- (2) 支給限度額を超える利用がある場合はその超える単位数は全額負担となります。
- (3) 契約者がまだ要介護認定を受けていない場合又は居宅サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又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）。償還払いとなる場合、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。
- (4) 契約者に提供する食事に要する費用（朝食 100 円、昼食 660 円）は別途頂きます。
- (5) 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、契約者の負担額を変更します。

7. 介護保険の給付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、利用料金の全額が契約者の負担となります。

サービスの概要と利用料金

① 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、送迎費用として下記料金をご負担いただきます。

福津市以外：実施区域外から片道 10km を超える場合は、往復 300 円

② レクリエーション、クラブ活動

契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等をご負担いただきます。

③ 複写物の交付

契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には下記料金をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

④ 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、契約者の日常生活に要する費用で契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

教養娯楽費等 実費

おむつ代 実費

※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 1 か月前までにご説明します。

8. 利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

事業所は当月の利用者負担金（前記 6、7 の料金・費用）の明細を付して、翌月 10 日ごろ

に契約者に請求し、口座振替を基本とし、口座振替の手続きができない場合は、翌月末日までに当事業所までご持参してお支払いいただくか、下記の指定口座にお振込み頂きます。お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので必ず保管をお願いします。

【指定口座】※手数料は利用者負担となります

福岡銀行 福岡支店 普通預金 1187197
(口座名義) 社会福祉法人 北筑前福祉会
デイサービスセンター菜々 理事長 高山 勲

9. 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

- ① 利用予定日の前に、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下さい。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

- ③ 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曜日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

10. 高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待防止を推進し、適切に対応するために事業所に委員会・高齢者虐待対策責任者を選任します。利用者等の人権の擁護・虐待の防止等・権利擁護に取り組み研修や検討会を定期的開催し従業員への周知徹底に努めます。虐待が発生した場合には、直ちに詳しい事情を把握するとともに検討会議や市町村への報告など適切な対応を行います。また、再発防止のため虐待についての記録は保管します。

11. 身体拘束廃止に向けての取り組み

身体拘束を行う場合には、別途定める「身体拘束に関するマニュアル」に従い実施するものとします。尚、身体拘束等の対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

12. 非常災害対策

- ① 関連事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（ 荻原 圭子 ）

- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- 避難訓練実施時期：（毎年２回 ４月・１１月）

1 3．業務継続計画の策定等

- （１）事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供を継続的の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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、該当業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- （２）事業所は、従業員に対し、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実施します。
- （３）事業所は、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。

1 4．緊急時又は事故発生時の対応について

- （１）当事業所は、サービスの提供中に契約者の病状に急変、その他緊急事態が生じたとき、又は事故が発生したときは速やかに主治医に連絡し適切な処置を講ずると共に、市町村、当該契約者の家族、当該契約者に係る居宅介護支援事業者に報告を行います。
- （２）当事業所は事故の状況や事故に際して取った処置について記録するとともに、事故発生の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

1 5．苦情の受付について（契約書第２４条参照）

（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） 生活相談員 奥畑 詩穂
- ・ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 ９時～１７時
- ・ 電話番号 ０９４０－５２－７０７７

また、苦情受付ボックスをデイサービス玄関に設置しています。

（２）行政機関その他苦情受付機関

福津市 高齢者サービス課	所在地 福津市役所 電話番号 0940-43-8191 F A X 0940-34-3881 受付時間 月～金 ８：３０～１７：００
宗像市 介護保険課	所在地 宗像市東郷 電話番号 0940-36-4877 F A X 0940-36-2410 受付時間 月～金 ８：３０～１７：００
国民健康保険団体連合会	所在地 福岡県博多区吉塚本町１３－４７ 電話番号 092-642-7856 F A X 092-34-3881 受付時間 月～金 ８：３０～１７：００
福岡県社会福祉協議会	所在地 春日市原町３－１－７（クローバープラザ内） 電話番号 092-915-3511 F A X 092-584-3790 受付時間 火～日 １０：００～１６：００

デイサービスセンター菜々

『個人情報利用目的』

1. ご利用の皆様への介護サービス提供

- ①「デイサービスセンター菜々」での介護サービスの提供
- ②ご利用の皆様にご自宅サービスを提供する他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、及び照会に対する回答
- ③他の病院・診療所・薬局・訪問看護ステーションとの連携
- ④ご家族への病状説明
- ⑤その他、ご利用の皆様への介護サービス提供に関する利用
 - ・ご利用の皆様の氏名入りの作品、行事等参加時の写真等の掲載
 - ・ご利用の皆様の写真等をパンフレットやアルバム、おたよりへの記載
 - ・ご家族、お身内の面会、電話の取り次ぎ、お問い合わせの対応
 - ・地域交流のための、ボランティア等の受け入れや学校・保育園等との交流
 - ・北筑前福祉会ホームページ内ブログ及び SNS 等への写真等の掲載

2. 介護保険請求のための事務

- ①「デイサービスセンター菜々」での介護保険に関する事務及びその委託
- ②国保連合会への介護保険報酬請求の提出
- ③国保連合会及び保険者からの照会への回答
- ④公費負担に関する行政機関等からの照会への回答
- ⑤その他、介護保険、公費負担に関する介護給付費請求のための利用

3. 「デイサービスセンター菜々」の管理運営業務

- ①会計・経理
- ②事故・苦情等の報告
- ③「デイサービスセンター菜々」ご利用の皆様のサービス向上
- ④その他、「デイサービスセンター菜々」の管理運営業務に関する利用

4. 賠償責任保険等に係る保険会社等への相談又は届出等

5. 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

6. 「デイサービスセンター菜々」での施設内において行われる介護・ヘルパー等の実習への協力

7. 介護の質の向上を目的とした「デイサービスセンター菜々」内、「北筑前福祉会内」、「施設外」での研修

8. 外部監査機関への情報提供

9. 施設見学者等への公開

10. 北筑前福祉会の発行する広告を目的としない機関紙

11. 災害等の緊急時、自治体等への情報開示

※上記のうち、他の介護保険事業者、医療機関等への情報提供等や介護サービスの提供等について同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し下さい。

※これらのお申し出は、いつでも撤回・変更することが可能です。

契約書・重要事項説明書について

1. 「指定認知症対応型通所介護（デイサービス）」利用契約書
「指定介護予防認知症対応型通所サービス」利用契約書
2. 「指定認知症対応型通所介護（デイサービス）」重要事項説明書
「指定介護予防認知症対応型通所サービス」重要事項説明書
3. デイサービスセンター菜々『個人情報利用目的』
4. 【別表 1】介護予防・認知症対応型通所介護事業所利用料金表

令和 年 月 日

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サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき上記の内容について説明を行いました。

デイサービスセンター菜々

＜説明者職名＞

氏 名

印

この契約の証として本契約書 2 通を作成し、記名押印のうえ、各自 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

〔契約者〕

私は、重要事項の説明を受け、この契約の定めるところに従い、貴事業所においてサービスを利用することを申し込みます。

住 所

氏 名

印

〔契約代理人〕

住 所

氏 名

印

契約者との続柄

〔事業者〕

私は、指定認知症対応型通所介護事業所・指定介護予防認知症対応型通所サービス事業所として申し込みを受諾し、この契約書に定めるサービスを誠実且つ責任を持って提供します。

介護保険指定事業所番号 【福岡県 第4094500073号】

住 所

福岡県福津市勝浦3515番地

事業所名

社会福祉法人北筑前福社会

デイサービスセンター菜々

事業所長（管理者）

荻原 圭子 印