

認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）

重要事項説明書

[令和6年6月1日現在]

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

- (1) 担 当 _____ (生活相談員)
(2) 電話番号 0773-38-1125

2 認知症対応型通所介護事業所の概要

(1) 提供できるサービスの概要と地域

事業所名	認知症対応型通所介護事業所 ひだまりデイサービスセンター
所在地	京都府福知山市夜久野町平野834番地
サービス提供責任者	管理者 衣川 優子
介護保険指定番号	福知山市 第2692600105号
サービス提供地域	福知山市（川口・夜久野生活圏域）
電話番号等	電話 (0773)38-1125 FAX (0773)38-1126
利用定員	12名

(2) 主な設備概要

デイルーム	1室（45.75㎡）
浴室	一般浴槽・個浴型介護浴槽があります
静養室	1室（9.0㎡）
相談室	1室（12.0㎡）
送迎車	2台

(3) 職員の体制

	正規職員	非正規職員	計	主な業務内容
管理者	1名	—	1名	事業所の業務を統括
生活相談員	2名	—	2名	生活相談・利用調整等
介護職員	3名	3名	6名	日常生活上の介護、援助、相談等
機能訓指導員	—	2名	2名	リハビリテーション・個別機能訓練等
管理栄養士	1名	—	1名	栄養管理、給食全般
事務職員	1名	—	1名	庶務、会計等一般事務

※兼務している職種があります。

(4) 営業時間

月曜日～土曜日	午前9時～午後5時
日曜日	休業
1月1日～1月2日	年始休業

3 サービスの内容

認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）計画に沿って、送迎、食事・入浴・排泄など利用中の全てのシーンで介護・支援を行うと共に、機能訓練、レクリエーション等を行います。

送迎	<p>○利用者のご希望により、居宅と事業所との間の送迎を行います。</p> <p>○利用者が車椅子ご使用の方、またベッドから車椅子への移乗が困難な方も職員が介助し、リフト付きの車等で送迎を行ないます。</p> <p>○送迎時間は下記の時間内で、概ねの時間は個別に連絡します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お迎え 8：20～9：00の間 ・お送り 16：00～17：00の間 <p>※天候や交通事情などにより送迎時間を変更する場合があります。</p>
食事	<p>○身体の状態の他、咀嚼・嚥下機能を考慮した食事を提供します。</p> <p>○生活訓練の一環として食事作り等を行います。</p> <p>○食事時間は下記のとおりです</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昼食 12：00～13：00の1時間です。
入浴	<p>○身体の状態に応じ、一般浴槽又は個浴型介護浴槽を使用し入浴していただきます。</p> <p>○体調等より清拭となる場合があります。</p>
機能訓練	<p>○機能訓練指導員（看護師）により、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減退の防止に努めます。</p>
レクリエーション	<p>○お花見、夏まつり、敬老会など様々な年間行事を行っています。</p> <p>○利用者の心身の状況に応じて、1人ひとりのしたいこと、できることを探し出し、レクリエーション（体操・ゲーム・料理・畑作業・外出等）を計画します。</p>
生活相談	<p>○利用者及びその家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供できるよう事業所内及び他機関との調整を図ります。</p>
その他	<p>○希望によりコーヒー・紅茶・昆布茶・ゆず茶・スポーツ飲料などの飲み物（選択飲み物）を提供します。</p>

4 利用料等 1日当たりの利用料（1割負担分）

（1）基本サービス費（全ての利用者において該当します。）

要支援		要介護				
1	2	1	2	3	4	5
773円	864円	894円	989円	1,086円	1,183円	1,278円

※利用料は、サービス利用時間が7時間以上8時間未満の金額です。

※サービス利用時間が上記時間に満たない場合は、減額させていただきます。

※所得が一定額以上ある方については、2割又は3割負担となります。

(2) 認知症対応型通所介護に係る各種加算（利用者において該当するものと該当しないものがあります。）

加算の種類	利用料
サービス提供体制加算（Ⅱ）	18円
入浴介助加算（Ⅰ）	40円
入浴介助加算（Ⅱ）	55円
若年性認知症利用者受入加算	60円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	27円（実施した日）
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20円/月（体制が整い次第）
科学的介護推進体制加算	40円/月
送迎を行わない場合の減算（片道）	△47円
介護職員等処遇改善加算	利用負担合計金額の18.1%

※上記（1）と（2）については、所得が一定額以上ある方については、2割又は3割負担となります。（介護保険負担割合証で確認します。）

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応として、基本的報酬3%加算します。

(3) その他のサービス費

昼食代	650円（1食）	おやつ代を含む ※事業所の外出行事により外出先で昼食を食べられた場合は、昼食代はいただきません。ただし、外出先での食事代はその都度各自で精算をしていただきます。
選択飲み物代	50円（1杯）	飲み物を利用された場合 ※昆布茶・ゆず茶はお代わり無料
おむつ代	現物（代替品）を返却していただきます。	当施設のおむつを使用された場合
緊急搬送費	実費（搬送先、付き添い時間等によって金額が異なります。）	職員が付添い、医療機関に緊急搬送を行った場合

※上記以外にレクリエーション行事等において必要な費用の負担をお願いすることもあります。この場合は事前に利用者等に説明し同意を得ます。

(4) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合、利用予定日の当日の午前8時20分までに中止の連絡をされた場合は、キャンセル料は発生しませんが、利用予定日の当日の

午前8時20分までに中止の連絡をされなかった場合は、利用予定日の食材料費として400円のキャンセル料が発生します。

(5) 利用料金の支払い方法

- ① 毎月中旬に、前月分の料金を請求しますので、請求書が届いた月の25日までに支払いをしてください。お支払いただきますと領収書を発行します。
※口座振替の場合は、毎月25日が振替日となります。
- ② 支払方法については、「口座振替」・「口座振込」・「現金払い」の3種類から選択できますので、契約時点で申し出てください。
- ③ 口座振替の依頼は、京都北都信用金庫・郵便局・京都丹の国農業協同組合で手続きができますので、契約時点で申し出てください。
- ④ 口座振込の場合の口座振込先は下記のとおりです

京都北都信用金庫額田支店 普通預金口座

口座番号 1029444

口座名義 しゃかいふくしほうじん 社会福祉法人 せんになふくしじぎょうかい 仙人福祉事業会 りじちよう 理事長 おかばよしのり 岡場芳紀

(6) 利用料金の変更

介護保険関係法令の改正等又はその他の事情により利用料金に変更になる場合は、変更を行う日の1ヶ月前までに利用者やご家族等にご説明をし、書面により同意を得るものとします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

- ① 既に居宅サービス計画又は介護予防サービス・支援計画を作成されている方は、事前に担当の介護支援専門員または市役所職員とご相談の上、お申し込みください。
- ② 初めて利用される方は、利用前に当施設を見学することができますので、予めご相談ください。ご相談いただいた場合は、施設職員が利用についての説明にお伺いします。
- ③ その後の利用は、担当の介護支援専門員に相談し、電話で申し込むこともできます。

(2) サービス利用中の中止

事業者は、利用者が次に該当する場合には、サービスを中止することがあります。

- ① 利用者の体調が良好でなく、認知症対応型通所介護を継続できないと判断した場合
- ② 利用者が、事業者や事業所従事者又は他の利用者に対して、生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合
- ③ 利用中にサービスを中止した場合でも、利用料はいただきます。

(3) サービス利用契約の終了

- ① 利用者の都合で利用契約を終了される場合は、7日間の予告期間において、書面で通知することにより契約を終了することができます。この場合、契約終了日以降に

行っていた利用予約は無効となります。

② 利用者が次に該当する場合は、双方からの通知がなくても利用契約は自動的に解約となります。

- ・利用者が、介護保険施設に入所された場合
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が死亡若しくは被保険者資格を喪失された場合
- ・事業者が、介護保険の指定を取り消された場合

（４）利用料に係る留意事項

利用者が、サービス利用料の支払いを２ヶ月以上遅れ、その後事業者が利用料を支払うよう催告したにもかかわらず、１５日以内に支払をされない場合は、事業者は利用契約を終了する場合があります。

6 その他の留意事項

- ① 施設内の設備・備品は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用方法により破損等した場合には、弁償していただくことがあります。
- ② 騒音等他の利用者の迷惑になるような行為はご遠慮願います。また、むやみにデイサービスルーム以外の居室等に立ち入らないようにしてください。
- ③ 所持品については利用者ご自身で管理してください。また、貴重品については施設に持ち込まないようにしてください。施設では金銭等の貴重品については一切お預かりをしていませんのでご注意ください。
- ④ 施設内での喫煙や施設内にペットを持ち込むことはできません。
- ⑤ 電話での利用者情報等についての問い合わせにはお答えしていません。

7 当事業所の介護サービスの特徴等

（１）運営方針

老人福祉法の基本理念に基づき、健全で安らかな生活を保障するとともに、利用者の皆さんが快適に、人間らしい誇りを維持し、安全で安心して過ごせる生活の場づくりを目指し、三つの「や」の「やさしさ」「やすらぎ」「やわらぎ」をモットーとして心あたたまるサービスを提供します。

（２）利用に当たっての留意事項

- ① 送迎時間は利用開始前に連絡します。なお、当日他の利用者の状態や気象状況によって到着時間が多少変わることがあります。
- ② 利用時には、朝の送迎前に体調の確認をお願いします。
- ③ 衣類、持ち物には、必ず名前をつけてください。
- ④ 現金等貴重品及び食べ物の持ち込みはご遠慮ください。
- ⑤ 施設内の設備・器具は本来の用法に従って利用してください。これに反した利用により破損等生じた場合、賠償していただくことがあります。

8 事故発生時の対応

- ① 事業者は、利用者に対するサービスの提供に当たって、万が一事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ② 事業者は事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- ③ サービス提供時に発生した事故等により、利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償いたします。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。
- ④ サービス提供時に発生した事故等により医療機関に入院された場合、及び長期間通院された場合には、見舞金を支給します。

9 サービス内容に関する相談・苦情窓口

当事業所のサービスに関する相談・要望・苦情等はサービス提供責任者か下記の窓口までお申し出ください。なお、当該窓口にご相談しにくい場合は、第三者委員もしくは行政等苦情相談窓口にご相談ください。

○相談・苦情窓口

電話番号 0773-38-1125 ひだまりデイサービスセンター 管理者
 受付時間 月曜日～土曜日 午後8時30分～午後5時30分まで

○第三者委員

倉垣 康子 電話番号 0773-38-0637
 坂根 みつ代 電話番号 0773-38-0537
 居合 和徳 電話番号 0773-38-0234

○行政等苦情相談窓口

福知山市高齢者福祉課介護保険係 電話番号 0773-24-7013

※相談は、年末年始・土日・祝日を除く 8:30～17:15 の間に限る。

京都府国民健康保険団体連合会 電話番号 075-354-9090

※相談は、年末年始・土日・祝日を除く 9:00～12:00、13:00～17:00 の間に限る。

京都府福祉サービス運営適正化委員会 電話番号 075-252-2152

※相談は、年末年始・土日・祝日を除く 9:00～17:00 の間に限る。

10 非常災害時の対策

防災時の対応	「グリーンビラ夜久野 消防計画」に基づき対応		
防災設備	設備名称	個数等	設置場所
	消火器	1基	ダイルーム
	住宅用火災警報器	3ヶ所	ダイルーム・静養室・相談室
防災訓練	「グリーンビラ夜久野消防計画」に基づいて、年2回避難訓練を利用者参加により実施		
消防計画	消防署へ届出済		

防 火 管 理 者	設置済
-----------	-----

1 1 当社会福祉法人仙人福祉事業会の概要及び法人が運営する事業所

法 人 名	社会福祉法人 仙人福祉事業会	
代 表 者	理事長 岡場 芳紀	
所 在 地	京都府福知山市夜久野町平野 1 0 3 0 番地	
電 話 番 号	0 7 7 3 - 3 8 - 1 0 3 1	
運 営 事 業 所	○介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	1 ヲ所
	○短期入所生活介護事業所(ショートステイ)	1 ヲ所
	○通所介護事業所(デイサービス)	1 ヲ所
	○認知症対応型通所介護事業所(デイサービス)	1 ヲ所
	○居宅介護支援事業所(介護センター)	1 ヲ所
	○軽費老人ホーム(ケアハウス)	1 ヲ所

1 2 緊急時の対応

体調の変化等、緊急の場合は、次の緊急連絡先に連絡します。

緊 急 連 絡 先	ふ り が な		続 柄	
	氏 名			
	住 所			
	電話番号(自宅)			
	電話番号(携帯)			
主 治 医	医 療 機 関 名			
	医 師 名			
	住 所			
	電 話 番 号			

認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）の利用に当たり、利用者に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要な事項の説明をしました。

説明年月日： 令和 年 月 日

事業者

〈住所〉 京都府福知山市夜久野町平野 1030 番地

〈名称〉 社会福祉法人仙人福祉事業会

〈代表者氏名〉 理事長 岡場芳紀

〈説明者〉 職名 _____

氏名 _____ 印

私は、利用契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）についての重要な事項の説明を受けました。

利用者

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印

署名代行者

私は、本人に代わり上記署名を行いました。

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印 (利用者との関係) _____

身元引受人（連帯保証人）

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印 (利用者との関係) _____