

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

事業者： 社会福祉法人 ファミリー

事業所： デイサービスセンター ハピネスあだち

重要事項説明書

様（以下「利用者」といいます。）が利用しようと考えている認知症対応型通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、ご遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「認知症対応型サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに認知症対応型サービス等に係る効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生省令第35号）」第8条及び第107条の規定に基づき、認知症対応型サービス提供契約に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

1 認知症対応型通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 ファミリー
代表者氏名	理事長 佐藤 和夫
所在地 (連絡先)	青森県三戸郡五戸町字姥堤 34 番 1 電話 0178-62-7491 FAX 0178-62-7492

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業者について

(1) 事業者の所在地等

事業者名称	デイサービスセンター ハピネスあだち
介護保険指定 事業者番号	足立区指定 第 92100010 号
事業所所在地	東京都足立区江北3丁目14番1号
連絡先 相談担当役職名	電話 03-5839-1560 FAX 03-5839-1502 デイサービスセンター ハピネスあだち 生活相談員
事業者の通常 の事業実施地域	江北 扇 興野 堀之内 椿 新田 宮城 小台 鹿浜 西新井 西新井栄町 本木東町 本木南町 本木西町 本木北町 (※上記の地域以外でも、ご相談下さい。)

(2) 事業者の目的および運営方針

事業の目的	一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態とならないで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的として、指定介護予防通所介護サービスを提供する。
運営方針	市町村、介護予防支援事業者、他の居宅介護サービス事業者等、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携を図り、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスに努める。

(3) サービス提供可能な日と時間帯

営業日	月曜日から土曜日（12月31日～1月3日は除く）
営業時間	午前9時00分から午後5時00分まで

(4) 事業者窓口の営業日および営業時間

営業日	月曜日から土曜日（12月31日～1月3日は除く）
営業時間	午前8時00分から午後6時00分まで

(5) 事業者の定員

認知症型	12名
------	-----

(6) 事業者の職員体制

事業者の管理者	根本 和真
---------	-------

職 種	職 務 内 容	人 員 数
生 活 相 談 員	利用者の相談や利用計画、日程プログラム等のサービス調整を行います。	1人以上
介 護 職 員	利用者の日常生活の支援を行います。 (入浴・食事・送迎等)	2人以上
機 能 訓 練 指 導 員	利用者の機能回復訓練の指導・助言、日常動作リハビリ訓練を行います。	1人以上

3 提供するサービス内容と料金その他の費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サ ー ビ ス の 種 類	サ ー ビ ス 内 容
相 談 ・ 援 助 等	利用者への介護方法や身近なことがらの相談相手になります。
アクティビティサービス	集団でのレクレーション、創作活動等の機能訓練を行います。
介 護 サ ー ビ ス	移動・排泄の介助、見守り等をします。
健 康 チ ェ ッ ク	健康管理のための体重・体温・血圧・脈拍を測ります。
送 迎 サ ー ビ ス	利用者宅からセンターまで車でお迎え、お送りいたします。
入 浴 サ ー ビ ス	入浴の介助を行います。身体の不自由な方も入浴していただけるよう、特別な浴槽もご用意しています。
食 事 サ ー ビ ス	昼食を用意しています。お食事の介助もします。

(2) 提供するサービスの料金のめやす(認知症対応型通所介護費)

予防 通所介護費				
要支援状態区分		要支援 1	要支援 2	
所要時間 6 時間以上 7 時間未満	1 割負担	760 円	846 円	
	2 割負担	1, 519 円	1, 692 円	
	3 割負担	2, 278 円	2, 538 円	
所要時間 7 時間以上 8 時間未満	1 割負担	858 円	959 円	
	2 割負担	1, 716 円	1, 918 円	
	3 割負担	2, 574 円	2, 877 円	
所要時間 8 時間以上 9 時間未満	1 割負担	886 円	989 円	
	2 割負担	1, 772 円	1, 978 円	
	3 割負担	2, 658 円	2, 967 円	
加算項目				
負担割合		1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算Ⅰ		45 円	89 円	134 円
個別機能訓練加算		30 円	60 円	90 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ		25 円	49 円	74 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ		20 円	40 円	60 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ		7 円	14 円	20 円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)口		23. 6%		

認知症対応型 通所介護費						
要介護状態区分		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
所要時間	1 割負担	877 円	973 円	1,066 円	1,157 円	1,251 円
6 時間以上	2 割負担	1,754 円	1,945 円	2,132 円	2,314 円	2,502 円
7 時間未満	3 割負担	2,631 円	2,917 円	3,197 円	3,470 円	3,753 円
所要時間	1 割負担	993 円	1,098 円	1,206 円	1,314 円	1,419 円
7 時間以上	2 割負担	1,985 円	2,196 円	2,411 円	2,627 円	2,837 円
8 時間未満	3 割負担	2,977 円	3,294 円	3,617 円	3,940 円	4,256 円
所要時間	1 割負担	1,024 円	1,133 円	1,244 円	1,356 円	1,467 円
8 時間以上	2 割負担	2,047 円	2,265 円	2,487 円	2,711 円	2,933 円
9 時間未満	3 割負担	3,071 円	3,397 円	3,730 円	4,066 円	4,399 円
加算項目						
負担割合		1 割負担	2 割負担	3 割負担		
入浴介助加算Ⅰ		45 円	89 円	134 円		
個別機能訓練加算		30 円	60 円	90 円		
サービス提供体制強化加算Ⅰ		25 円	49 円	74 円		
サービス提供体制強化加算Ⅱ		20 円	40 円	60 円		
サービス提供体制強化加算Ⅲ		7 円	14 円	20 円		
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)口		23.6%				

(注) 上記の料金表は厚生労働省令による告示上の変更に合せて変更いたします。

4 その他の費用について

①食事の提供に要する費用	サービス利用者に提供する食事（おやつ代含む）に要する材料費及び調理費用 670円	
②行事・活動費	行事参加費・観劇・お花見・紅葉狩り等 趣味活動・習字・手芸材料等 ※事前に参加するかどうかの同意を得た上で実費負担となります。	
③サービス提供にあたり必要となるおむつの費用	利用者の実費負担となります。	
④キャンセル料	サービス利用をキャンセルする場合、キャンセル料を請求させていただきます。（ただし、利用者の体調の急変、急な入院等の場合にはキャンセル料は請求いたしません。）	
	利用日前日までの営業時間内のご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
	利用日前日の営業時間までにご連絡のない場合	食事の提供に要する費用は、実費請求いたします。

※上記④キャンセル料とは、食事の提供に要する費用のことです。

5 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

①利用料、その他の費用の請求	ア 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日以降に利用者あてにお届けいたします。
②利用料、その他の費用の支払い	ア 請求月の末日に、ご指定の金融機関より自動引き落としとさせていただきます。 イ 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。

※その他の支払い方法についてはご相談に応じます。

6 健康診断書の提出について

サービス提供にあたり利用者の身体状況について把握する必要がありますので、必要に応じ医師の意見書や診断書を提出していただくことがあります。また、身体状況の変化や、緊急時等の場合は医師などに直接病状確認をすることがありますのでご了承ください。

7 ハラスメント対策

- (1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) ご利用者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

ハラスメントの禁止

職員に対するハラスメント行為を防止することは、職員が安心して働くことができる環境づくりだけではなく、ご利用者の皆さまに、よりよいサービスを継続して利用していただけることにもつながります。

次のようなハラスメント行為は、職員の心身に影響を及ぼすばかりでなく、ご利用者ご自身のサービス提供に支障をきたすことにもなりかねません。ご利用者やご家族と事業者の信頼関係があつてこそ、よりよいサービスの提供が可能となります。職員が安心して働くことができる環境作りにご理解とご協力をお願いします。

①身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例：コップを投げつける／蹴られる／唾を吐く

②精神的暴力：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員にいやがらせをする／「この程度できて当然」と理不尽 なサービスを要求する

③セクシュアルハラスメント：意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／入浴介助中、あからさまに性的な話をする

職員に対するハラスメント行為が確認できた場合には、ハラスメント行為をした方の施設内への立ち入りを禁止させていただくなどの措置を講じる場合がございます。また、ハラスメント行為により、サービスの提供を継続することが不適當であると判断できる場合には、契約を解除させていただきますことをご了承ください。

8 緊急時（事故等）の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	利 用 者 の 主 治 医	
	所 属 医 療 機 関 名	
	所 在 地 及 び 電 話 番 号	
家族等	緊 急 連 絡 先 の 家 族 等	
	住 所 及 び 電 話 番 号	

9 サービス提供に関する相談、苦情について

【事業者の窓口】 デイサービスセンター ハピネスあだち	所 在 地：〒123-0872 東京都足立区江北3丁目14番1号 電 話 番 号：03-5839-1560 ファックス番号：03-5839-1502 受 付 時 間：9時00分～18時00分（月曜日～土曜日）
【市区町村窓口】 足立区福祉部介護保険 課事業者指導係	所 在 地：〒120-8510 足立区中央本町1丁目17番1号 電 話 番 号：03-3880-5111 受 付 時 間：8時30分～17時00分（土・日・祝を除く） ＊保険者が他区の場合は保険者にお問い合わせ下さい。
【足立区公的団体の窓口】 足立区社会福祉協議会 基幹地域包括支援センター	所 在 地：〒121-0816 足立区梅島2丁目1番20号1階 電 話 番 号：03-6807-2460 受 付 時 間：9時00分～17時00分（日・祝を除く）
【公的団体の窓口】 東京都国民健康保険団 体連合会介護福祉部介 護相談窓口	所 在 地：〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3丁目5番1号 東京区政会館11階 電 話 番 号：03-6238-0177 受 付 時 間：9時00分～17時00分（土・日・祝を除く）

10 個人情報使用同意書

私及び私の家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することの説明を受け同意致します。

記

I 使用する目的

利用者の為の居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供する為に実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整などにおいて必要な場合。

II 使用する期間

当事業所との契約期間内と致します。

III 条件

(1) 個人の情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

(2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容などの経過を記録しておくこと。

以上とさせていただきます。

年 月 日

利用者	利 用 者	住所 氏名	印
-----	-------	----------	---

	利用者の家族	住所 氏名	印
--	--------	----------	---

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

	利用者の家族	住所 氏名	印
--	--------	----------	---

事業所	事業所名	デイサービスセンター ハピネスあだち
	住 所	東京都足立区江北 3 丁目 14 番 1 号
	管 理 者	根 本 和 真 印

	事業所名	デイサービスセンター ハピネスあだち
	説 明 者	印

1 1 重要事項説明の年月日

認知症対応型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
---------------	-------

事業 者	所 在 地	足立区江北3丁目14-1
	事 業 者 名	デイサービスセンター ハピネスあだち
	代 表 者	佐藤 和夫 印
	説 明 者 氏 名	印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者	住 所	
	氏 名	印

代 理 人	住 所	
	氏 名	印

(利用者との関係)