

(介護予防) 認知症対応型通所介護 重要事項説明書

認知症対応型通所介護サービスの提供にあたり、「坂井地区広域連合指定居宅サービス等の事業の人員、設備および運営の基準等に関する条例」に基づいて当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

法人名	社会福祉法人 長寿幸元会
法人所在地	福井県坂井市丸岡町八ヶ郷 22-4
電話番号	(0776) 66-6734
代表者氏名	西 光明
設立年月日	昭和49年9月3日

2 ご契約事業所の概要

事業所の名称	長寿の郷デイホーム おもいでな
指定番号	坂井地区広域連合指定 第1871700447号
指定年月日	平成17年3月16日 指定
事業所の所在地	福井県坂井市丸岡町八ヶ郷 22-5
電話番号	(0776) 67-8900
管理者氏名	竹内 亜由美

3 事業の目的及び運営方針

目的 当事業所は介護保険法の理念に基づき利用者が居宅において、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援助及び介護相談等を行うことを目的として、サービスを提供します。

- 運営方針**
- 1 本事業は要支援状態又は要介護状態等となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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機能訓練及び必要な日常生活上の援助を行うことにより、契約者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持ならびに契約者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
 - 2 本事業は契約者の人格を尊重し、契約者及び家族のニーズを的確にとらえ、常に契約者の立場に立ち、必要適切なサービスを提供します。
 - 3 本事業の運営に当たっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスを提供する他の事業者とも密接な連携を図り、総合的、効果的なサービスの提供に努めます。

4 事業所の主な設備概要

◆ 認知症型 定員36名（12名×3単位）

食堂兼機能訓練室 A	1室
食堂兼機能訓練室 B	1室
食堂兼機能訓練室 C	1室
静養ベッド	5床
相談室	1室
浴室	一般浴槽1 機械浴槽2
送迎車	5台

5 主な提供サービス

食事、入浴、機能訓練等介護全般及び送迎、介護相談等通所介護計画（ケアプラン）に沿って、契約者個人個人の自立支援を行います。

6 営業日及び営業時間

- ① 営業日 毎週月曜日～土曜日
但し、1月1日、2日は休業とします。
- ② サービス提供時間帯 午前9：00～午後4：00
但しご希望があれば、午前8：00～9：00の1時間、午後4：00～5：00の1時間は延長サービスとしてご利用いただけます。担当の介護支援専門員にご相談ください。
- ③ ご利用相談受付時間 毎週月曜日～土曜日 午前8：30～午後5：30
契約者のご都合や当方の事情によりサービスの利用及び提供の日時を変更する場合は関係者双方協議の上決定します。

7 通常事業の実施地域

福井県坂井市（丸岡町、春江町、坂井町）及びあわら市とします。

8 サービス提供にあたっての留意事項

当事業所でサービスの提供を受ける際は、次の事項についてご留意願います。

- ア 事業者の定めた生活日課、健康管理上の指示に従うこと。
- イ 暴力、喧嘩、口論等他人に迷惑な行為及び言動をしないこと。
- ウ 火災防止に努め、管理上支障のあるものを持ち込まないこと。
- エ サービス内容について苦情、相談及び意見があるときはいつでも申し出ること。
- オ サービス内容について事実と相違することを故意に言いふらさないこと。
- カ その他管理者が管理上支障があると認めた事項を行わないこと。

9 職員体制

職員体制については指定配置基準を遵守し職員を配置し、万全の体制でサービスの提供に支障のないように備えています。詳細は以下のとおりです。

職 種	職員数	備 考
所長	1名	長寿の郷 施設長を兼務
管理者	1名	生活相談員を兼務
生活相談員	2名	1名は管理者、1名は介護職員を兼務
介護職員	10名	1名は生活相談員
機能訓練指導員	1名	
運転手	2名	
その他の職員	3名	

10 キャンセル規定

契約者の都合により、予定サービスを中止された場合は下記のキャンセル料を支払うものとします。ただし、契約者の病状の急変など緊急やむを得ない事情がある場合やその他諸般の状況によっては不要とします。

1 ご利用予定日の2営業日前迄にご連絡があった場合	無 料
2 ご利用予定日の1営業日前迄にご連絡があった場合	利用者負担金の 10%
3 ご利用予定日当日までにご連絡がなかった場合	利用者負担金の 20%

☆ キャンセル料は契約者負担金の支払いにあわせてお支払いいただきます。

11 契約者負担金

- ア サービスが介護保険の適用をうける場合は原則としてサービス費の1割(一定以上所得者の方は2～3割)をお支払いいただきます。
- イ サービスが介護保険の適用を受けない部分についてはサービス費の全額(10割)をお支払いいただきます。
- ウ 保険料の滞納等により、サービス費の1割の『契約者負担金』で利用できなくなる場合は、一旦、利用されたサービス費の全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

お支払いいただく料金(①及び②)は、下記の単価に別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額となります。

①基本料金

介護区分	介護保険給付 4時間～5時間	介護保険給付 5時間～6時間	介護保険給付 6時間～7時間	介護保険給付 7時間～8時間
要支援1	449円	667円	684円	773円
要支援2	498円	743円	762円	864円
要介護1	515円	771円	790円	894円
要介護2	566円	854円	876円	989円
要介護3	618円	936円	960円	1086円
要介護4	669円	1016円	1042円	1183円
要介護5	720円	1099円	1127円	1278円

②別途加算

- ・ サービス提供体制強化加算Ⅰ・・・1日22円
- ・ 入浴加算・・・1回40円
- ・ 若年性認知症利用者受入加算・・・1日60円
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ・・・1ヶ月あたりの総単位数の18.1%

③食費(食材費+調理費用)・・・1食あたり700円

おやつ代・・・1回あたり70円

④その他料金

- ・理美容代・・・2、200円
- ・行事、レクリエーション費、オムツ代・・・実費
- ・喫茶代・・・50円

1.2 契約者負担金のお支払い方法

事業所は当月の提供サービスの契約者負担金については請求書に明細を付して翌月15日までに契約者に請求をし、契約者負担金のお支払い方法については基本的には自動口座引き落としといたします。お引き落としは20日に行ないます（20日が土・日・祝日の場合は、その翌平日にお引き落としといたします）特別の事情のある場合は金融機関振り込みか現金徴収といたします。また、事業所は契約者から契約者負担金の支払いを受けたときは領収書を発行します。

1.3 苦情申し立て窓口

当事業所のサービス提供内容等について苦情・相談・ご意見がありましたら、別紙の当法人苦情相談委員または下記の所までご連絡下さい。

当事業所の相談窓口	月曜日～土曜日 午前8:30～午後5:30 苦情受付担当者 竹内 亜由美 電話 (0776) 67-8900
法人本部苦情相談窓口	所在地 坂井市丸岡町八ヶ郷 22-4 電話 (0776) 66-6734
坂井地区広域連合介護保険課	所在地 坂井市坂井町上兵庫 40-15 電話 (0776) 72-3305(代)
坂井市役所福祉保健部健康長寿課	所在地 坂井市坂井町下新庄 1-1 電話 (0776) 50-3040
あわら市役所市民福祉部健康長寿課	所在地 あわら市市姫 3-1-1 電話 (0776) 73-8023
社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 福井市光陽 2-3-22 電話 (0776) 24-2347
福井県国民健康保険団体連合会	所在地 福井市西開発 4-202-1 電話 (0776) 24-2347

※第三者評価

福祉サービス第三者評価事業の活用は未実施です。

1 4 緊急時の対応方法

契約者の利用中における緊急時の対応については契約者の主治医または当該事業者の協力医療機関へ連絡を行い、主治医又は協力医の指示に従い、家族等の緊急連絡先に連絡します。

契約者の主治医	医療機関名	
	主治医名	
	所在地	
	電話番号	
当事業所の 協力医療機関	医療機関名	東外科医院
	主治医氏名	東 恭平
	所在地	坂井市丸岡町霞町 1 丁目 50
	電話番号	(0776) 66 - 2228
	診療科	内科・外科・胃腸科・肛門科・整形外科・リハビリテーション科
	入院設備	あり
	契約概要	長寿の郷 嘱託医師
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	携帯電話	

1 5 事故発生時の対応及び損害賠償

事業者は、サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに介護保険者及び関係機関並びに家族及び後見人又は身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故により契約者に損害が発生した場合は、事業者は速やかに損害を賠償します。但し、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

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

令和 年 月 日

住 所 福井県坂井市丸岡町八ヶ郷 22-5

事業者名 長寿の郷デイホーム おもいでな

管 理 者 竹内 亜由美

私は本書面に基づいて説明者から重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

住 所

契約者名

私は、契約者本人が署名を行うことが困難であるため、契約者本人に代わり署名しました。

令和 年 月 日

住 所

身元引受人及び連帯保証人

本人との続柄
