

介 護

重要事項説明書

利用者：_____様

事業者： デイサービス べるはあと

認知症対応型通所介護 重要事項説明書

令和7年4月1日改正

1、認知症対応型通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	認知症対応型通所介護 べるはあと
代表者名	鈴木朝男

所在地・連絡先	(住所) 福島県喜多方市三丁目2841番地2 (電話) 0241-23-7002 (FAX) 0241-23-7003
---------	-------------------------------------------------------------------

2、事業所の概要

(1) 事業所の職員体制

	管理者		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		その他	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常 勤		1名		2名				2名		1名		
非常勤						1名	2名				2名	
職務の 内容	管理・事務		相談・介護		医療全般 機能訓練		介護全般		機能訓練		厨房 送迎	

(2) 事業の実施地域

事業の実施区域：喜多方市（高郷町、山都町は除く）

(3) 営業日・利用定員

営業日：月曜日～金曜日、祝祭日

※土曜日、日曜日および12月30日から1月3日迄は休業とさせていただきます。

営業時：8時15分～17時30分

※サービス提供時間は9時30分から16時30分となります。

利用定員：1日12名

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

①サービス内容

- 食 事 温かい食事を提供します。
野菜を切るなど調理のお手伝いをして頂きながら作ります。
- 入 浴 入浴又は清拭を行います。ひのき風呂(個浴)にてゆっくり入浴して頂きます。
- 排 泄 利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行います。

生活相談 日常生活における悩み等について、利用時に相談を受け付けし不安感

活動 各種レクリエーションや趣味活動を実施します。
健康チェック 血圧測定等利用者様の全身状態の把握を行います。
送迎 ご自宅から事業所までの送迎を行います。
送迎サービスの利用は任意です。
地域交流 半年に1回は地域の方を交え、運営推進会議を実施します。また、毎月認知症カフェ「カフェの和」を実施します。

②費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の1～3割が利用者の負担額となります。その他、入浴介助を受けた場合、1～3割の利用者負担、食事をされた場合、利用者自己負担の料金がかかります。

【料金表】 ①デイサービス料金表 (所要時間7時間以上8時間未満の場合)

	1日の利用料金	介護保険適用 1割の自己負担額	介護保険適用 2割の自己負担	介護保険適用 3割の自己負担
要介護1	9,940円	994円	1,988円	2,982円
要介護2	11,020円	1,102円	2,204円	3,306円
要介護3	12,100円	1,210円	2,420円	3,630円
要介護4	13,190円	1,319円	2,638円	3,957円
要介護5	14,270円	1,427円	2,854円	4,281円

② 入浴介助加算I

介助浴1回当たり400円 但し、介護保険適用時の自己負担額は40～120円です。

③ 若年性認知症加算

40歳以上64歳未満の方が対象です。介護保険適用時の自己負担額は60～180円です。

④ 介護職員処遇改善加算III

介護報酬総単位数×15%

※④の加算は雇用の安定及び優秀な人材確保・育成を目的としての加算となります。

⑤ 食費

1食当たり 700円 (全額自己負担)

食事サービスを受ける方は、自費が必要となります。

食材費 (おやつ代込) 及び人件費で算定しております。

○キャンセル規定

お休みされる場合、利用前日、もしくは利用当日、午前8時までご連絡下さい。ご連絡

頂いた場合、利用料は一切かかりません。連絡のない場合には、食費代の700円を
ご

負担頂く場合がございますので、ご了承ください。

連絡先 0241-23-7002

(2) 料金等のお支払方法

支払いは全て銀行（もしくは郵便局）引き落としとなります。

翌月27日に引き落としになります。

初回手続きのみ2～3カ月かかりますのでご了承ください。

4 事業所の特色等

【運営方針】

この事業は、認知症があっても住み慣れた地域自宅での生活が継続できるよう入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、及び機能訓練のサービスを提供することにより、利用者様の心身機能の維持、更には利用者様の家族の心身的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とし運営します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

認知症対応型通所介護計画にそったサービスを提供致します。

(2) サービスの終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文章で通知いたします。

③自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了となります）

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合

- ・お客様が亡くなられた場合

④その他

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・お客様が、サービスの利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、又はお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、当社により、文書で通知する事により、即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

○ 健康上の理由による中止

- ・風邪、病気等の際はサービスの提供をお断りする場合がございます。
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更又は中止することがあります。その場合は、ご家族様に連絡の上、適切に対応します。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族様に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて救急搬送等の必要な措置を講じます。
- ・他の利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合速やかに事業所に申告して下さい。治癒するまでサービスの利用はお断りさせて頂きます。

6 サービスに関する苦情処理

苦情又は相談があった場合は、利用者様の状況を詳細に把握する為必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者様の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者様へ対応方法を含めた結果報告を行います。内容は全て記録・保管し、今後に役立てます。

○その他の参考事項

認知症対応型通所介護支援等を進めて行くにあたり、利用者様又はそのご家族の
希
望を考慮し、サービス内容の十分な説明と、それに対しての同意を確認しながら
援
助を図り、常日頃から苦情が出ないような対応を心がけます。

○当事業所お客様相談窓口

窓口責任者 鈴木朝男 小林ゆかり
ご利用時間 8：15～17：30
ご利用方法 電話 0241-23-7002
面接 当事業所内相談室

7 個人情報保護

○秘密の保持

サービス提供に際して知り得たご家族やご利用者等の個人情報の取り扱いについては守秘義務を徹底します。詳細については、契約時に別紙を用いてご説明の上、サービス提供上必要な個人情報の利用等について「個人情報の利用目的及び同意書」を頂きます。

8 事故発生時の対応方法

事業所が提供するサービス利用中に事故が発生した場合は、市役所、ご家族（緊急連絡先）居宅介護支援事業所等に連絡し、必要な措置を講じます。

9 緊急時等における対応方法

サービス提供中に体調不良や急変があった場合、及び、利用中に転倒等の事故が発生した場合は速やかに利用者様の主治医・救急隊・緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

※「べるはあと」協力病院 地域家庭医療センターほっと・きらり

主治医	病院名	
	所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続	
	住所	
	電話番号	

10 虐待防止について

事業所は利用者様の人権擁護・虐待防止の為に次の通り必要な措置を講じます。

1. 虐待防止のための指針を整備します。虐待防止のための対策を検討する委員会を年1回以上及び虐待発生した場合に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
2. 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。本人様や他利用者様の生命又

は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束や行動を制限する事のないよう支援致します。

3. 職員に対する虐待防止や身体拘束禁止を啓発・普及する為の研修を実施します。
4. 成年後見制度の利用を支援します。

1 1 非常災害時の対応

防災時の対応	非常災害対応マニュアルにより適切な避難誘導を行います。
防災設備	非常火災警報装置等の設備が整備されています。
防災訓練	利用者避難訓練・職員の器具の取扱い及び避難誘導・消火訓練を定期的に行います。
防火管理者	小林ゆかり

1 2 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施等

当施設は、提供するサービスの第三者評価の実施は行なっておりません。

1 3 サービス利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際は、介護保険被保険者証を提示して下さい。
事業所の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金・高価な私物（時計・メガネ・補聴器・指輪等）の持ち込みは、必要最低限とさせていただきます。紛失・金銭トラブル防止の為、ご協力をお願いします。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 私達デイサービススタッフは日頃より転倒防止のために見守りを行っておりますが、1対1のケアではありませんので100%防止できる保障はありませんのでご理解をお願い致します。

当事業所は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、認知症対応型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住所	喜多方市三丁目4821番地2
	事業者名	デイサービス べるはあと
	代表者名	代表取締役 鈴木朝男 印

説明者

職名

氏名

印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、認知症対応型通所介護
の
サービス内容及び重要事項について説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名

印

代理人
(選任した場合)

住所

氏名

続柄

印

立会人
(成年後見人等)

住所

氏名

続柄

印

連帯保証人

住所

氏名

続柄

印

連絡先

※何らかの理由において契約者ご本人が直接困難な場合、代理人又は立会人（成年後
見
人等の場合）記入での契約印で契約を交わしたことをとする。