

# 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護

## デイサービスセンター「きらめき」

### 重要事項説明書

社会福祉法人 弥彦村社会福祉協議会

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(弥彦村指定)

当事業所はご契約者に対して認知症対応型通所介護サービス及び介護予防認知症対応型通所介護サービス（以下「（介護予防）認知症対応型通所介護サービス」という。）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。

#### ◇◆目次◆◇

1. 事業者	..... 1 ページ
2. 事業所の概要	..... 1 ページ
3. 事業実施地域及び営業時間	..... 2 ページ
4. 職員の配置状況	..... 3 ページ
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	..... 3 ページ
6. 苦情の受付について（契約書第22条参照）	..... 6 ページ
7. 虐待の防止について	..... 7 ページ
8. その他について	..... 7 ページ

#### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 弥彦村社会福祉協議会  
(2) 法人所在地 新潟県西蒲原郡弥彦村大字矢作4622番地  
(3) 電話番号 0256-94-4551  
(4) 代表者氏名 会長 武石 進  
(5) 設立年月 昭和59年10月12日

#### 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成14年4月12日  
指定 新潟県1575200819号

指定（介護予防）認知症対応型通所介護・平成18年4月 1日 弥彦村指定

※当事業所は、以下の加算対象サービスを実施しています。

- ①入浴介助加算Ⅰ ②サービス提供体制加算Ⅰ ③若年性認知症利用者加算  
④処遇改善加算Ⅳ

- (2) 事業所の目的 認知症であるものについて、居宅介護及び介護予防計画に基づき、要介護者及び要支援者が可能な限りその居宅において、日常生活を営むことができるよう必要な日常生活上の介護・支援及び機能訓練等を行い、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持・向上、並びに契約者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図り、在宅生活が継続できるよう支援することを目的としております。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター きらめき
- (4) 事業所の所在地 新潟県西蒲原郡弥彦村大字矢作 4622 番地
- (5) 電話番号 0256-94-4551
- (6) 事業所長（管理者）氏名 車田 悅子
- (7) 当事業所の運営方針
- ①要介護（要支援）状態等となった場合においても、契約者が可能な限り居宅において、契約者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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、契約者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並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契約者の要介護（要支援）状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護（要支援）状態となることの防止に資するように、目標を設定し計画的にサービスを提供します。
  - ③（介護予防）居宅介護支援事業者、保険医療機関、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービス事業者と綿密な連携を図り、協力と理解のもとに総合的なサービスの提供に努めます。
  - ④緊急の事態にも柔軟に対応するように努めます。
  - ⑤正当な理由なく、デイサービスの提供を拒みません。

- (8) 開設年月 平成14年4月12日
- (9) 利用定員 10人 認知症対応型通所介護（介護予防認知症通所介護含む）
- (10) 事業者が行っている他の業務

次の事業もあわせて実施しています。

- |            |               |                |
|------------|---------------|----------------|
| [訪問介護]     | 平成11年12月15日指定 | 新潟県1575200389号 |
| [介護予防訪問介護] | 平成18年 4月 1日指定 | 同 上            |
| [居宅介護支援事業] | 平成11年12月15日指定 | 新潟県1575200363号 |

### 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 西蒲原郡弥彦村 及び 燕市内
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
勤務時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時20分～午後4時30分

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して（介護予防）認知症対応型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＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	サービス提供時間換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名以上
3. 介護職員	1名以上	1名以上
4. 看護職員	1名（兼務）	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名（兼務）	1名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間： 8：30～17：30 ☆原則として2名の介護職員が勤務します。
2. 看護職員	勤務時間： 9：00～17：00 ☆原則として1名の看護職員が勤務します。

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- （1）利用料金が介護保険から給付される場合
- （2）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

### （1）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の（通常）9割が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

☆共通的サービス

#### ①食事の介助

- ・食事の準備、介助を行います。ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・お弁当をご持参いただくことも可能です。その場合には、あらかじめ事業所に申し出て下さい。

・季節や行事などに応じたお楽しみメニューを提供いたします。

(食事時間) 12:00~13:00

②入浴

・入浴または清拭を行います。一般浴槽を使用し高齢者のペースでゆったり、のんびり入浴していただくことにより、清潔感や睡眠を助けます。

③排泄

・ご契約者の状況に応じて排せつの介助を行います。

④健康管理

・看護職員を中心に血圧、体温等の測定や状態観察により健康チェックを行います。病状に変化が見られた際は契約者、家族、かかりつけの主治医と相談の上、最善と思われる方法がとれるように配慮いたします。

⑤機能訓練（レクリエーション）

・機能訓練指導員（看護職員兼務）によりご契約者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施いたします。

⑥相談及び援助

・ご契約者の心身の状況や環境等の把握に努め、ご契約者やそのご家族に対して、相談に応じるとともに必要な援助を行います。

⑦送迎サービス

・ご契約者の状況やご希望に応じて、車椅子対応車・ワゴン車にてご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。また、ご希望によりご自宅のお部屋までも送迎可能です。

〈サービス利用料金（1回あたり）〉

別紙2「料金表」によって、ご契約者の要介護（要支援）度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護（要支援）度に応じて異なります。）

☆ご契約者がまだ要介護（要支援）認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護（要支援）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）。また、（介護予防）居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご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。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて別紙2「料金表」の発行により契約者に通知し、ご契約者の負担額を変更します。

## （2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### 〈サービスの概要と利用料金〉

#### ①食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等・おやつ代にかかる費用です。

料金：1回あたり 550円

#### ②生きがいデイサービス

サービス内容などの詳細は（別紙3）の「生きがいデイサービス」事業実施要綱に定めるものとします。

#### ③レクリエーション、クラブ活動

ご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：材料代等の実費をいただきます。

#### ④複写物の交付

ご契約者は、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実費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（おむつ等）の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

☆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2か月前までにご説明します。

### (3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第7条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

<input type="checkbox"/> 口座引き落とし	サービス利用月の翌月末日に、下記の口座より引き落とします。 引落口座は、別紙「預金口座振替依頼書」による。
<input type="checkbox"/> 銀行振込	サービス利用月の翌月末日までに、下記の口座にお振り込み願います。 新潟県信用組合 弥彦支店 普通口座 0286591 新潟かがやき農業協同組合 弥彦支店 普通口座 0424160 名義 社会福祉法人 弥彦村社会福祉協議会
<input type="checkbox"/> 現金支払い	サービスを利用された月の翌月末日までに、現金にてお支払い願います。

※口座引落としを希望される方は、金融機関提出用の別紙「口座振替依頼書」を作成していただきます。

### (4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第8条参照)

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、(介護予防)認知症対応型通所介護サービスの利用を中止、変更、又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に申し出てください。

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(キャンセル)の申し出をされた場合、取消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。尚、ご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。但し、昼食代につきましては利用予定日前日正午以降のキャンセルの場合には、全額お支払いただきます。

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)

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期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. 苦情の受付について (契約書第22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 [管理者] 車田 悅子

事業所名: 社会福祉法人 弥彦村社会福祉協議会

電話番号: 0256-94-4551

○受付時間 毎週月曜日~金曜日

午前8時30分~午後5時30分

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

弥彦村社会福祉協議会	所在地 西蒲原郡弥彦村大字矢作 4622 番地 電話番号 0256-94-4551 受付時間 平日（月～金）午前8時30分～午後5時30分 苦情解決責任者 事務局長 浜田 穎介
弥彦村役場 住民福祉課	所在地 西蒲原郡弥彦村大字矢作 402 番地 電話番号 0256-94-3132 受付時間 平日（月～金）午前8時30分～午後5時15分
燕市役所 健康福祉部 (長寿福祉課介護保険係)	所在地 燕市吉田西太田 1934 番地 電話番号 0256-92-1111 受付時間 平日（月～金）午前8時30分～午後5時15分
新潟県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室	所在地 新潟市新光町 7 番地 1 新潟県自治会館別館 電話番号 025-285-3030 受付時間 平日（月～金）午前8時30分～午後5時15分
新潟県社会福祉協議会 (新潟県福祉サービス運営 適正委員会)	所在地 新潟市上所 2-2-2 新潟ユニゾンプラザ 3 階 電話番号 025-281-5584 受付時間 平日（月～金）午前8時30分～午後5時15分

## 7. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

### (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	事務局長 浜田 穎介
(2) 成年後見制度の利用を支援します。	
(3) 苦情解決体制を整備しています。	
(4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。	
(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。	

## 8. その他について

### (1) サービス利用に関する留意事項について

- ①介護保険被保険者証は、ご利用開始時及び更新ごとに確認致します。記載内容に変更があった場合も速やかにお知らせ下さい。また社会福祉法人等利用者負担軽減確認証をお持ちの方は必ずご利用の際にご提示下さい。
- ②内服薬や軟膏等の処置の必要な方は、必ず前もってお知らせの上ご利用時にご持参下さい。処方箋等がありましたら、あわせてご持参下さい。

### (2) 確認事項

事業者の広報紙等（デイサービス新聞・社協だより・ホームページ・外部広報媒体）に契約者の写真を掲載してもよろしいですか。

1. はい 2. いいえ ( )

## ＜重要事項説明書付属文書＞

### 1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨造り 2階建て
- (2) 建物の延べ床面積 1, 017 m<sup>2</sup>

### 2. 職員の配置状況

#### ＜配置職員の職種＞

**介護職員**…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。1名以上の介護職員を配置しています。

**生活相談員**…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。  
1名の生活相談員を配置しています。

**看護職員**… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。併せて口腔ケアや機能訓練指導員を担当します。  
1名の看護職員を配置しています。

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、(介護予防) 居宅サービス計画「ケアプラン」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「(介護予防) 認知症対応型通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。(契約書第3条参照)

① 当事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）に（介護予防）認知症対応型通所介護計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

② その担当者は（介護予防）認知症対応型通所介護計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

※ サービス実施日や加算対象サービスの利用の有無等については、(介護予防) 居宅サービス計画に定められます。

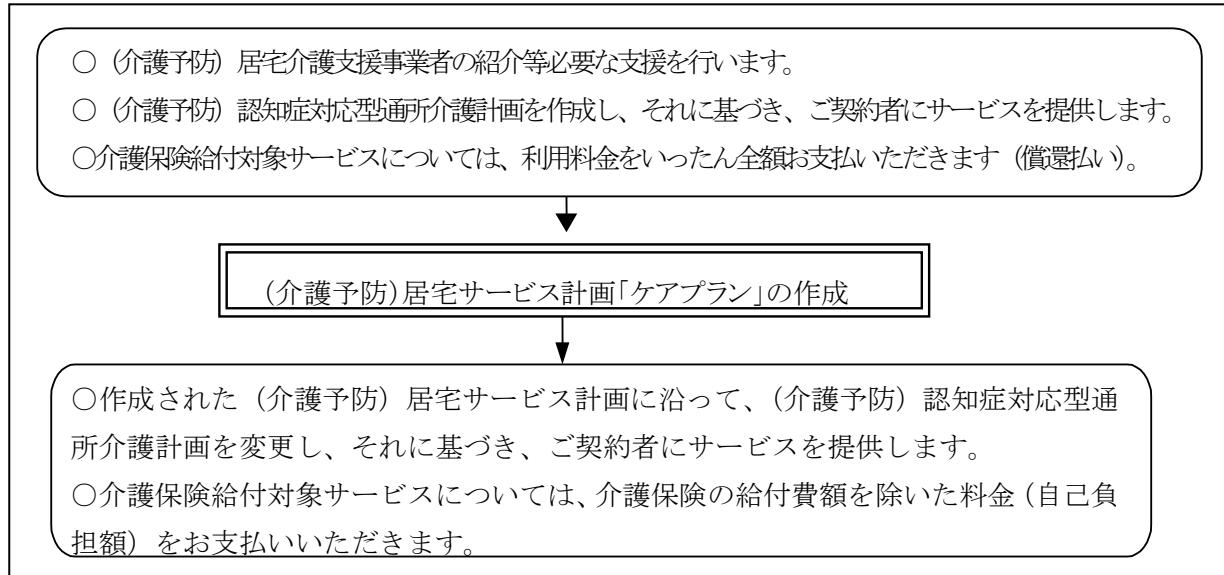
※ (介護予防) 認知症対応型通所介護計画では、(介護予防) 居宅サービス計画に沿って、具体的なサービス内容や援助目標を定めます。

③ (介護予防) 認知症対応型通所介護計画は、(介護予防) 居宅サービス計画「ケアプラン」が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、(介護予防) 認知症対応型通所介護計画を変更いたします。

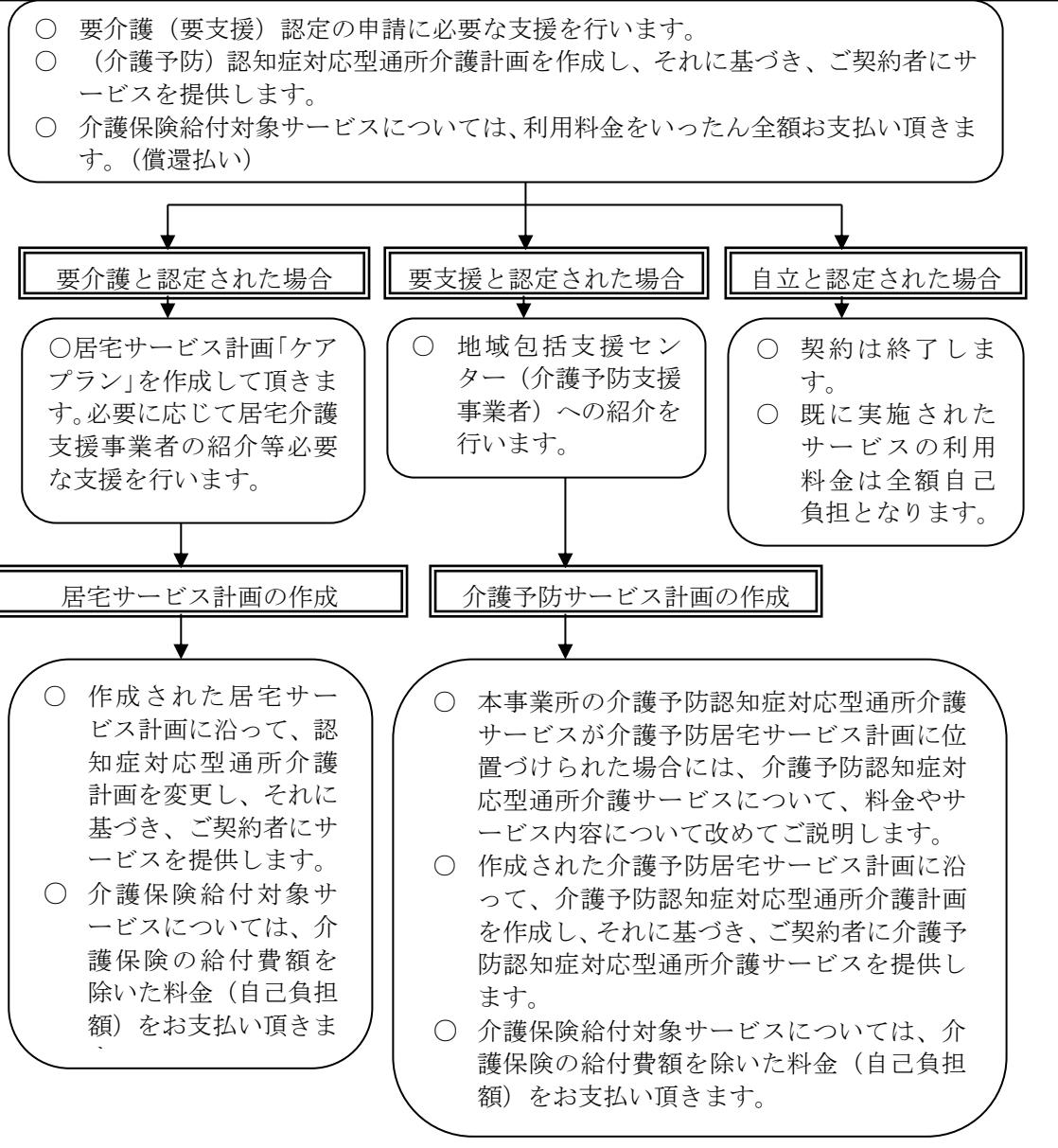
④ (介護予防) 認知症対応型通所介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2) ご契約者に係る（介護予防）居宅サービス計画「ケアプラン」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護（要支援）認定を受けている場合



②要介護（要支援）認定を受けっていない場合



#### 4. サービス提供における事業者の義務（契約書第10、11、12条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤火災、自然災害など非常災害発生時は、ご契約者の安全を確保すると共に、避難が必要な場合は弥彦村指定の避難場所へ、ご契約者を誘導し、ご家族に連絡します。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
  - ・ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
  - ・サービス担当者会議など、契約者に係る他の介護予防支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

#### 5. サービスの利用に関する留意事項

##### （1）施設・設備の使用上の注意（契約書第13条参照）

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

##### （2）喫煙

事業所内での喫煙はできません。

#### 6. 損害賠償について（契約書第14条、第15条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護（要支援）認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第17条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

### （1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第18、19条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の（介護予防）居宅サービス計画「ケアプラン」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める（介護予防）認知症対応型通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

## (2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第20条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

## (3) 契約の終了に伴う援助（契約書第17条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

※以上、契約の証として本重要事項説明書を2通作成し、契約者、事業者が署名捺印の上、各1通を保有するものとします

令和 年 月 日

私は、以上の重要事項説明書について、社会福祉法人 弥彦村社会福祉協議会  
デイサービスセンターきらめき  
(職名 管理者 氏名 車田 悅子 印)  
から説明を受け、内容を確認し、理解しました。

〔契約者〕

私は、この契約に定めるところに従い、貴事業者の（介護予防）認知症対応型通所介護サービスを利用することを希望します。

〒

住 所

電話番号

氏 名

印

〔代理人〕

私は、契約者本人の契約の意思を確認し、契約者に代わり署名を行います。また、契約者に関する責任について理解しました。

〒

住 所

電話番号

氏 名

印

続柄 ( )

〔サービス計画策定者〕

上記契約の内容が、わたしの立案した（介護予防）居宅サービス計画の内容と一致していることを確認致します。

令和 年 月 日 事業所名

職名

氏名

印

〔事業者〕

当事業者は、指定（介護予防）居宅サービス事業者として、上記の申し込みを受託し、この契約に定める各種サービスについて誠実に責任をもって行います。

住 所 〒959-0305  
新潟県西蒲原郡弥彦村大字矢作4622番地  
事業者名 デイサービスセンターきらめき  
((介護予防)認知症対応型通所介護事業所)  
代表者名 社会福祉法人 弥彦村社会福祉協議会  
会長 武石 進 印