

指定認知症対応型通所介護 重要事項説明書

1 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 黒潮福祉会
代表者名	理事長 竹本 範彦
所在地・電話	四万十市古津賀3742番地17 TEL0880-35-8883 FAX0880-35-8844
業務の概要	居宅介護支援事業、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、通所介護事業、通所リハビリテーション事業、訪問介護事業、短期入所生活介護事業、短期入所療養介護事業

2 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンターくろしお
所在地	高知県四万十市中村愛宕町28
管理者名	田淵 清隆
電話番号	0880-35-2221
FAX番号	0880-35-3961
事業者指定番号	第3991000021号
サービス提供地域	四万十市
利用定員	1単位12名

3 事業の目的

要介護状態にある者に対し、適切な指定認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。

4 事業の運営方針

○指定認知症対応型通所介護の提供にあたっては要介護状態であり、認知症である利用者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にあるものを除く。）が可能な限りその居宅において、そ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うことにより、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう、適切なサービスを提供する。

○感染症の予防及びまん延防止のための訓練、対策を検討する委員会を定期的を開催する。

○感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的実施する。定期的な業務継続計画の見直しを行い必要に応じ変更を行う。

○虐待の発生またはその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的を開催し、研修を定期的実施する。

5 事業所の職員体制

職 種	常 勤	非常勤	計
管理者及び生活相談員	1 名	名	1 名
生活相談員	1 名	名	1 名
介護職員(介護福祉士)	3 名	名	3 名
看護師	名	名	名
管理栄養士	1 名	名	1 名
機能訓練指導員	名	1名	1 名

6 営業時間

- (1) 営業日 : 月曜～土曜日(ただし、12月31日から1月3日までを除く)
- (2) 営業時間 : 午前8時30分～午後5時30分
- (3) 提供時間 : 午前10時～午後4時30分

7 サービス利用料及び利用者負担

市町村から交付される介護保険負担割合証に基づき、下記料金に対し自己負担額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は全額自己負担となります。

(基本料金) 1割負担の場合

(単位)

介 護 度	4～5時間未満	5～6時間未満	6～7時間未満
要介護1	515	771	790
要介護2	566	854	876
要介護3	618	936	960
要介護4	669	1,016	1,042
要介護5	720	1,099	1,127

(加算料金) 1割負担の場合

(単位)

入浴介助加算Ⅰ	40/日
若年性認知症利用者受入加算	60/日
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22/回
事業所が送迎を行わない場合	47減算/片道
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	算定単位数 1000分181

(自己負担額)

食材料費	おやつ代
590円/1食	100円/1日

基本料金	() × (回) = ()
加算料金	() × (回) = ()
	() × (回) = ()
	() × (回) = ()
	() × (回) = ()
自己負担分	() × (回) = ()
合 計	()

(支払方法)

利用者負担金は、利用した月の翌月10日以降に請求しますので、月末までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

① 現金払い	
② 銀行振込	四国銀行中村支店 普通預金 0888883 (口座名義) デイサービスセンターくろしお 代表者 竹本 範彦
③ 口座振替	郵便局・ゆうちょ銀行口座より自動引き落とし

8 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先：デイサービスセンターくろしお TEL (0880) 35-2221

(2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。

9 事故発生時の対応

(1) 指定認知症対応型通所介護事業所は利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は市町村、当該利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行う事とする。また事故の状況及び事故に際してとった処置については記録を行うこととする。

(2) 指定認知症対応型通所介護事業所は利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うこととする。

(3) 指定認知症対応型通所介護事業所は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる事とする。

10 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所相談窓口	電話番号	0880-35-2221
	FAX番号	0880-35-3961
	責任者	田淵 清隆
	対応時間	午前8時30分～午後5時30分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

四万十市介護保険相談窓口	所在地	四万十市中村大橋通4-10
	電話番号	0880-34-1165
	FAX番号	0880-34-0567
	対応時間	午前8時30分～5時15分
高知県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分

11 その他

(説明確認欄)

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明をいたしました。

事業者 所在地 高知県四万十市古津賀3742番地17
代表者 社会福祉法人 黒潮福祉会
理事長 竹本 範彦
事業所名 デイサービスセンターくろしお

説明者

印

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受け了承致しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

利用者家族 氏 名 _____ 印

指定介護予防認知症対応型通所介護 重要事項説明書

1 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 黒潮福祉会
代表者名	理事長 竹本 範彦
所在地・電話	四万十市古津賀3742番地17 TEL0880-35-8883 FAX0880-35-8844
業務の概要	居宅介護支援事業、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、通所介護事業、通所リハビリテーション事業、訪問介護事業、短期入所生活介護事業、短期入所療養介護事業

2 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンターくろしお
所在地	高知県四万十市中村愛宕町28
管理者名	田淵 清隆
電話番号	0880-35-2221
FAX番号	0880-35-3961
事業者指定番号	第3991000021号
サービス提供地域	四万十市
利用定員	1単位12名

3 事業の目的

要支援状態にある者に対し、適切な指定認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。

4 事業の運営方針

○指定介護予防認知症対応型通所介護の提供にあたっては要支援状態であり、認知症である利用者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にあるものを除く。）が可能な限りその居宅において、そ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うことにより、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう、適切なサービスを提供する。

○感染症の予防及びまん延防止のための訓練、対策を検討する委員会を定期的を開催する。

○感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的実施する。定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じ変更を行う。

○虐待の発生またはその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的を開催し、研修を定期的実施する。

5 事業所の職員体制

職 種	常 勤	非常勤	計
管理者及び生活相談員	1 名	名	1 名
生活相談員	1 名	名	1 名
介護職員(介護福祉士)	3 名	名	3 名
看護師	名	名	名
管理栄養士	1 名	名	1 名
機能訓練指導員	名	1名	1 名

6 営業時間

- (1) 営業日 : 月曜～土曜日(ただし、12月31日から1月3日までを除く)
- (2) 営業時間: 午前8時30分～午後5時30分
- (3) 提供時間: 午前10時～午後4時30分

7 サービス利用料及び利用者負担

市町村から交付される介護保険負担割合証に基づき、下記料金に対し自己負担額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は全額自己負担となります。

(基本料金) 1割負担の場合 (単位)

介 護 度	4～5時間未満	5～6時間未満	6～7時間未満
要支援1	449	667	684
要支援2	498	743	762

(加算料金) 1割負担の場合 (単位)

入浴介助加算 I	40/日
若年性認知症利用者受入加算	60/日
サービス提供体制強化加算 (I)	22/回
事業所が送迎を行わない場合	47減算/片道
介護職員処遇改善加算 (I)	算定単位数 1000分181

(自己負担額)

食材料費	おやつ代
590円/1食	100円/1日

基本料金	() × (回) = ()
加算料金	() × (回) = ()
	() × (回) = ()
	() × (回) = ()
自己負担	() × (回) = ()
合 計	()

(支払方法)

利用者負担金は、利用した月の翌月10日以降に請求しますので、月末までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

①現金払い	
②銀行振込	四国銀行中村支店 普通預金 0888883 (口座名義) デイサービスセンターくろしお 代表者 竹本 範彦
③口座振替	郵便局・ゆうちょ銀行口座より自動引き落とし

8 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先：デイサービスセンターくろしお TEL (0880) 35-2221

(2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。

9 事故発生時の対応

- (1) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所は利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は市町村、当該利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行う事とする。また事故の状況及び事故に際してとった処置については記録を行うこととする。
- (2) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所は利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うこととする。
- (3) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる事とする。

10 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所相談窓口	電話番号	0880-35-2221
	FAX番号	0880-35-3961
	責任者	田淵 清隆
	対応時間	午前8時30分～午後5時30分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

四万十市介護保険相談窓口	所在地	四万十市中村大橋通4-10
	電話番号	0880-34-1165
	FAX番号	0880-34-0567
	対応時間	午前8時30分～5時15分
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分

11 その他

(説明確認欄)

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明をいたしました。

事業者 所在地 高知県四万十市古津賀3742番地17
 代表者 社会福祉法人 黒潮福祉会
 理事長 竹本 範彦
 事業所名 デイサービスセンターくろしお

説明者

印

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受け了承致しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

利用者家族 氏 名 _____ 印