

認知症対応型通所介護事業「わが家」重要事項説明書

R7

1. 認知症対応型通所介護事業「わが家」の概要

事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 026-257-1077（受付時間：月曜日～日曜日 午前8時30分～午後5時30分まで）

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	わが家
所在地	長野県上水内郡飯綱町大字倉井 2907 番地 1
介護保険事業所番号	2093400055
通常の事業の実施地域※	飯綱町

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1 名			1 名
生活相談員	介護福祉士・社会福祉主事	3 名	0 名		3 名
機能訓練指導員					
職員					
	介護福祉士	13 名	1 名		14 名
	1～2 級修了者	3 名	1 名		4 名

(3) 同事業者の設備の概要

定員	6 名	静養室	1 室 1 床
機能訓練室	1 室 49.6 m ²	相談室	1 室
浴室	一般浴 1	送迎車	1 台

(4) 営業日、営業時間

営業日	月曜日～日曜日
営業時間	午前 9 時 00～午後 6:00
サービス提供時間	午前 9 時 00～午後 6:00 ※時間外利用はご相談に応じます

2. サービス内容

①送迎（家族送迎の場合は、-47 単位片道） ②入浴 ③食事 ④生活相談等

3. 料金

(1) 利用料金

① 通所介護利用料（共用型）自己負担

区 分	3～4 時間 自己負担	4～5 時間 〃	5～6 時間 〃	6～7 時間 〃	7～8 時間 〃	8～9 時間 〃
要支援 1	¥248	¥260	¥413	¥424	¥484	¥500
要支援 2	¥262	¥274	¥436	¥447	¥513	¥529
要介護 1	¥267	¥279	¥445	¥457	¥523	¥540
要介護 2	¥279	¥290	¥460	¥472	¥542	¥559
要介護 3	¥286	¥299	¥477	¥489	¥560	¥578
要介護 4	¥295	¥309	¥493	¥506	¥578	¥597
要介護 5	¥305	¥319	¥510	¥522	¥598	¥618

②入浴費（要介護者のみ）

入浴 1 回あたり ¥400（自己負担 ¥40）

- ③サービス提供体制強化加算 加算Ⅰ ￥220（自己負担 ￥22）
- ④科学的介護推進体制加算 ￥400（自己負担 ￥40）
- ⑤介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）上記保険料（利用料）の18.1%に相当する額
- ⑥昼食材料費 1食あたり¥700（全額自己負担）
- ⑦その他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用などは自己負担となります。

（2）キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日当日お迎え前までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用日当日お迎え前までにご連絡をいただかなかった場合	200 円

（3）支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、25日までにお支払い下さい。

原則として、ながの農協・郵便局・長野信金の口座自動引き落としとさせていただきます。

4. 当事業所のデイサービスの特徴等

（1）基本方針

利用者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援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の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身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

（2）サービス利用のために

事 項	備 考
時間延長	10時間を超えての利用は相談により可能です。
従業員への研修の実施	法廷研修を定期的の実施しています。

（3）サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡
- ・体調確認
- ・体調不良等によるサービスの中止・変更
- ・時間変更
- ・設備、器具の利用

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

6. 非常災害対策

- ・防災時の対応 …………… 防災計画に準じ、速やかにおこないます。
- ・防災設備 …………… 緊急通報装置、消火器
- ・防災訓練 …………… 年1度行います

7. 虐待防止について

（1）事業者は、利用者への虐待の防止、差別の禁止その他人権の擁護のため、指針を整備し次の措置を講じます。

- ①虐待防止に関する責任者を選定しています。虐待防止責任者は管理者です。
- 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職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤虐待防止のための対策を検討する委員会を開催し、結果について従業者に周知徹底を図ります。

- (2) 事業者は、職員または養護者（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、速やかに町に通報します。

8. 身体拘束等の禁止について

- (1) 事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者または他の利用者の生命及び身体を保護するために緊急その他やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。
- (2) 事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急その他やむを得ない理由など必要な事項を記録します。
- (3) 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次の措置を講じます。
- ① 身体拘束等の適正化のための指針の整備
 - ② 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修の実施
 - ③ 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催及び結果の周知徹底

9. ハラスメントについて

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメント向上に向けて取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - ② 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
 - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、利用者及びその家族等が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係者への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

10. 感染症対策について

事業者は、事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように次に掲げる措置を講じます。

- (1) 職員の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を開催し、結果について職員に周知徹底を図ります。
- (4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (5) 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

11. 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険事業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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 2. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

当事業所のデイサービスに関するご相談・苦情及び各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

電話 026-257-1077 (受付時間：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分)

担当 管理者

(2) 自己評価・外部評価の実施状況

実施日：令和7年4月

結果の開示：実施

(3) その他

当事業者以外に市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

飯綱町社会福祉協議会

電話 026-253-8456

飯綱町役場保健福祉課

電話 026-253-4764

長野県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情処理係

電話 026-238-1550

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

認知症対応型通所介護事業「わが家」利用にあたり、書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 長野県上水内郡飯綱町倉井 2907-1

名称 飯綱町社会福祉協議会 「わが家」

説明者

印

私は、本書面により事業者から認知症対応型通所介護事業「わが家」についての重要事項の説明を受け、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