

# (介護予防) 認知症対応型通所介護

## 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(介護保険事業所番号 第1491900179号)

当事業所はご契約者に対して(介護予防)認知症対応型通所介護を提供します。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とおり説明します。

### [目次]

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. 法人(事業者)の概要                 | 1 |
| 2. ご利用事業所の概要                  | 1 |
| 3. 職員の配置状況                    | 2 |
| 4. 当事業所が提供するサービスの特徴           | 3 |
| 5. 当事業所の利用料金                  | 3 |
| 6. 緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について | 5 |
| 7. 契約の終了について                  | 6 |
| 8. サービスに関する苦情と相談              | 7 |
| 9. 非常災害対策                     | 7 |

### 1. 法人(事業者)の概要

- (1) 法人名 株式会社ライフアドバンス
- (2) 法人所在地 神奈川県横須賀市安浦町1丁目13番地
- (3) 電話番号 046-854-4911
- (4) 代表者名 代表取締役 小林 進
- (5) 設立年月日 平成19年8月1日

## 2. ご利用施設の概要

- (1) 事業所の種類 (介護予防) 認知症対応型通所介護事業所  
(平成 25 年 9 月 1 日指定)
- (2) 事業所の名称 デイサービスセンター チェリーホーム北久里浜
- (3) 事業所の所在地 神奈川県横須賀市根岸町 4-16-1
- (4) 電話番号 046-837-1610 FAX 046-837-1611
- (5) 管理者名 小林 義正
- (6) 開設年月日 平成 25 年 9 月 1 日
- (7) 利用定員 12 名
- (8) サービス提供地域 久里浜・大津・衣笠地域
- (9) 設備の概要

|          |                      |     |     |
|----------|----------------------|-----|-----|
| 食堂兼機能訓練室 | 53.68 m <sup>2</sup> | 静養室 | 1 室 |
| 送迎車両     | 3 台 (車いす対応)          | 相談室 | 1 室 |

- (10) 営業日、時間

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| 月～土曜日 | 午前 8 時 30 分～ 午後 5 時 30 分 |
| 日曜日   | 定休日                      |

年末年始は休業です。( 12 月 29 日～1 月 3 日)

## 3. 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。

職員配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種     | 業務内容         | 常勤換算数 | 指定基準数                   |
|---------|--------------|-------|-------------------------|
| 管理者     | 事業の管理、運営     | 1名    |                         |
| 生活相談員   | 相談援助業務、業務管理等 | 1名    | 1日あたりの指定配置基準は、下記のとおりです。 |
| 介護職員    | 利用者の介護業務     | 3名    |                         |
| 機能訓練指導員 | 機能訓練の指導      | 1名    |                         |

配置基準 生活相談員 1名  
 介護職員 2名  
 機能訓練指導員 1名

#### 4. 当事業所が提供するサービスの特徴

##### (1) 運営方針

事業所の従事者は、ご契約者の要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、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生活を営むことができるよう、さらに、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の介護および機能訓練等、その他必要な事業を行うものとします。

##### (2) 提供するサービス

通所介護計画に沿って、送迎、食事提供、その他必要な介護を行います。具体的な内容は、お配りする1日のながれをご覧ください。

#### 5. 当事業所の利用料金

##### サービス利用料金(1日あたり) 契約書第6条参照

下記の利用料金表によってご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金および加算料金から介護給付費額を除いた金額(自己負担額)と、食事に係る自己負担額をお支払ください。

内容に関して、別紙料金表の通りとする

## (2) 利用料のお支払方法(契約書第6条参照)

前記の料金・費用は、月末締めのうち1カ月ごとに計算し、毎月15日までに前月分の請求書を発送いたします。

お支払い方法は、口座振替・銀行振込とさせていただきます。

### ① 口座振替

毎月27日にご指定の口座よりご利用料金をお引き落としさせていただきます。

### ② 銀行振込先

毎月25日までに下記の口座にお振り込みください。

(振込先) 湘南信用金庫 本店営業部 (普通預金)

口座番号 0355911

口座名義 株式会社ライフアドバンス

\* 振込手数料はご契約者の負担となります。

- ・事業所は、料金の支払いを受けたときは、ご契約者等に対し領収証を発行します。
- ・ご契約者等が事業所に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく遅延した場合には、事業所は上記方法によらない支払い方法を指定します。

## 6. 緊急時の対応方法と健康上の理由による利用中止について

- ① ご契約者に容体の変化等があった場合は、医師または歯科医師など医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じるほか、緊急連絡先に速やかに連絡いたします。
- ② 風邪、病気の場合および、当日の健康チェックの結果体調が不調の場合は、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。
- ③ 非常災害時の対応については、消防計画や防災計画に基づいて適切に対応します。
- ④ 緊急連絡先  
体調の変化、非常災害時、緊急の場合は次に定める緊急連絡先に連絡します。

|     |       |              |
|-----|-------|--------------|
| 主治医 | 主治医氏名 | 久里浜医療センター    |
|     | 連絡先   | 046-848-1550 |

|         |               |
|---------|---------------|
| ご家族氏名   | 高田 由加 様       |
| 電話番号    | 080-5695-6167 |
| メールアドレス | @             |

## 7. 契約の終了について(契約書第 15 条参照)

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。従って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、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。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 事業所の重大な毀損により、ご契約者に対する指定通所介護の提供が不可能になった場合
- ⑤ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください)
- ⑦ 事業所が契約解除の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください)

### (1) ご契約者からの中途解約・契約解除の申し出について(契約書第 16 条、17 条参照)

ご契約者は文書にて7日前までに通知することにより、中途解約・契約解除を申し出ることができます。

ただし、以下の場合には、即時にて契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所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を実施しない場合
- ③ 事業所もしくはサービス従事者が第10条に定める守秘義務に違反した場合
- ④ 事業所もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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
- ⑤ 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、事業所が適切な対応をとらない場合

## 8. 事業所からの申し出による契約解除について(契約書第 18 条参照)

以下の事項に該当する場合には、事業所からの申し出により契約解除することがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、また不実の告知を行い、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カ月以上遅延し、催告した後も30日以内に支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意または重大な過失により事業所また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・信用を傷つけ、また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
- ④ ご契約者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または入院、病気等により、3カ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ⑤ ご契約者が指定介護福祉施設等に入所した場合
- ⑥ その他

(1) ご契約者または、ご家族の非協力など双方の信頼関係を損壊する行為に、改善の見込みがない場合や、社会通念を超えたと思われる苦情やハラスメント行為などにより、当事業所及び介護支援専門員の通常の業務遂行に支障がでていると判断した場合には、横須賀市高齢福祉課及び、横須賀市地域包括支援センターへ相談を行い、契約を解除させて頂くことがあります。

(2) 以下のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合契約を解除致します。

- ・暴力行為、乱暴な言動、無理な要求（物を投げつける、刃物をむける、手を払いのける等）
- ・セクシュアルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動 等）
- ・その他（個人の携帯番号を聞く、ストーカー行為）

## 9. サービスご利用に際してのお願い

- (1) お茶やお菓子など、お心付けは一切ご不要です。
- (2) 訪問の際はペットをケージに入れる、リードにつなぐなどのご配慮をお願いします。
- (3) 見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意を受けてください。
- (4) ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもございます。

## 10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

|       |    |
|-------|----|
| 実施の有無 | なし |
|-------|----|

## 11. サービス内容に関する苦情と相談

- ① 当事業所ご利用相談・苦情担当  
苦情受付担当者：管理者 小林 義正  
電話番号：046-837-1610
- ② また下記の窓口で受け付けております。  
横須賀市民生局福祉こども部介護保険課給付係 046-822-8253  
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係  
045-329-3447  
受付時間 8：30～17：15  
(土・日・祝祭日・年末年始を除く)

## 12. 非常災害対策

- ・災害時の対応 ----- 消防計画に基づき、対応いたします。
- ・消防設備 ----- 消防関係法令に基づき、消防設備を設置しています。
- ・防災訓練 ----- 消防訓練計画を立案し、定期的の実施しています。
- ・防災責任者 ----- 管理者

(介護予防) 認知症対応型通所介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和6年10月31日

デイサービスセンター チェリーホーム北久里浜

説明者 職 名 管理者

氏 名 小林 義正 ⑩

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け(介護予防)認知症対応型通所介護の開始に同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

ご契約者 ⑩

代理人 ⑩