

グループホームそおれ デイサービス 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定（介護予防）認知症対応型通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないことがあれば、遠慮なく質問をして下さい。

この「重要事項説明書」は、「枚方市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例(平成24年枚方市条例第46号)」及び「枚方市指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例(平成24年枚方市条例第47号)」の規定に基づき、指定（介護予防）認知症対応型通所介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1、事業者の概要

設置主体	株式会社 ウィズ・ケアサポート
代表者名	大久保 真紀
所在地	大阪府枚方市枚方市長尾元町七丁目 36 番 1 号
連絡先	072-864-5788

2、サービスを提供する事業所について

(1) 事業所の所在地等

名称	グループホームそおれデイサービス
管理者	和田 岳雄
所在地	大阪府枚方市枚方市長尾元町七丁目 36 番 1 号
連絡先	072-864-5788
目的	認知症の症状を有する要支援状態又は要介護状態の利用者に対し、適切な共用型（介護予防）認知症対応型通所介護を提供します。
運営方針	認知症の症状を有する要介護状態の利用者に対し、可能な限り住み慣れた地域での居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活が送れるよう、さらに利用者の社会的孤立の解消及びその心身の維持向上並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図る為、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。 また、認知症状を有する要支援状態の利用者に対し、可能な限り住み慣れた地域での居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活が送れるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって、利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
理念	1、私たちは、ともにお客様の立場で考えます。 2、私たちは、お客様に笑顔と感謝の心で接します。 3、私たちは、チームワークで仕事に取り組みます。
開設年月日	平成20年2月1日
指定番号	2792400067
事業の実施地域	枚方市
定員	3名

令和6年6月1日

(株) ウィズ・ケアサポート

(2) 設備の概要

構造等	敷地	616.32 m ²
	建物	499.36 m ² (鉄骨造 2階建て)
主な設備	居室	7.5 m ² ~8.3 m ² 18室
	居間・食堂 (共用)	1階 (38.13 m ²) 2階 (45.67 m ²)
	台所 (共用)	1階 (11.7 m ²) 2階 (13.5 m ²)
	浴室 (共用)	2箇所 (各階 1箇所ずつ)
	トイレ (共用)	1階 4箇所 (内車椅子対応 3箇所) 2階 4箇所 (内車椅子対応 2箇所)
防災設備	自動火災報知機・消火器・誘導灯・スプリンクラーを設置しています。	

(3) 営業日及び営業時間

サービス提供日	月・火・木・金・土曜日とする。 但し、1月1日を除く。
サービス提供時間	午前9時30分～午後5時
延長サービス提供時間	午前8時～午前9時30分 午後5時～午後19時

(4) 事業所の職員体制

職	職務内容	人員数
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した(介護予防)認知症対応型通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ(介護予防)認知症対応型通所介護計画を交付します。 5 指定(介護予防)認知症対応型通所介護の実施状況の把握及び(介護予防)認知症対応型通所介護計画の変更を行います。	常勤 1名 介護職員と兼務
介護職員	(介護予防)認知症対応型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常勤 7名 非常勤 13名

3, 提供するサービスの内容について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容	
(介護予防)認知症対応型通所介護計画の作成	1 利用者に係る居宅介護支援事業者等が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた(介護予防)認知症対応型通所介護計画を作成します。 2 (介護予防)認知症対応型通所介護計画の作成にあたっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 (介護予防)認知症対応型通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、(介護予防)認知症対応型通所介護計画書を利用者に交付します 4 それぞれの利用者について、(介護予防)認知症対応型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	
利用者居宅への送迎	事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。	
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪などを行います。
	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
機能訓練	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、離床援助、屋外散歩同伴、家事共同等の日常生活における活動の中で、生活機能の維持、改善に努めます。
その他	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	創作活動など	1 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 2 季節に合わせた楽しみながら参加できるレクリエーション、行事、実施します。

- (2) (介護予防) 認知症対応型通所介護従業者の禁止行為
 (介護予防) 認知症対応型通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。
- ① 医療行為 (ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。)
 - ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
 - ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
 - ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為 (利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
 - ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

4. 提供するサービスの利用料について

(1) 介護保険料

① 要介護

事業所区分要介護度	サービス提供時間区分	3時間以上4時間未満				
		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
共用型	要介護1	267	2,816円	282円	564円	845円
	要介護2	277	2,922円	293円	585円	877円
	要介護3	286	3,017円	302円	604円	906円
	要介護4	295	3,112円	312円	623円	934円
	要介護5	305	3,217円	322円	644円	966円
	4時間以上5時間未満					
	要介護1	279	2,943円	295円	589円	883円
	要介護2	290	3,059円	306円	612円	918円
	要介護3	299	3,154円	316円	631円	947円
	要介護4	309	3,259円	326円	652円	978円
	要介護5	319	3,365円	337円	673円	1,010円
	5時間以上6時間未満					
	要介護1	445	4,694円	470円	939円	1,409円
	要介護2	460	4,853円	486円	971円	1,456円
	要介護3	478	5,042円	505円	1,009円	1,513円
	要介護4	493	5,201円	521円	1,041円	1,561円
	要介護5	510	5,380円	538円	1,076円	1,614円
	6時間以上7時間未満					
	要介護1	457	4,821円	483円	965円	1,447円
	要介護2	472	4,979円	498円	996円	1,494円
	要介護3	489	5,158円	516円	1,032円	1,548円
	要介護4	506	5,338円	534円	1,068円	1,602円
	要介護5	522	5,507円	551円	1,102円	1,653円
	7時間以上8時間未満					
	要介護1	523	5,517円	552円	1,104円	1,656円
要介護2	542	5,718円	572円	1,144円	1,716円	
要介護3	560	5,908円	591円	1,182円	1,773円	

要介護4	578	6,097円	610円	1,220円	1,830円
要介護5	598	6,308円	631円	1,262円	1,893円
8時間以上9時間未満					
要介護1	540	5,686円	570円	1,140円	1,710円
要介護2	556	5,865円	587円	1,173円	1,760円
要介護3	578	6,097円	610円	1,220円	1,830円
要介護4	597	6,298円	630円	1,260円	1,890円
要介護5	618	6,519円	652円	1,304円	1,956円

② 要支援

事業所区分要介護度	サービス提供時間区分	基本単位	利用料	3時間以上4時間未満		
				利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
共用型	要支援1	248	2,616円	262円	524円	785円
	要支援2	262	2,764円	277円	553円	830円
	4時間以上5時間未満					
	要支援1	260	2,743円	275円	549円	823円
	要支援2	274	2,890円	289円	578円	867円
	5時間以上6時間未満					
	要支援1	413	4,357円	436円	872円	1,308円
	要支援2	438	4,620円	462円	924円	1,386円
	6時間以上7時間未満					
	要支援1	423	4,462円	447円	893円	1,339円
	要支援2	446	4,705円	471円	941円	1,412円
	7時間以上8時間未満					
	要支援1	484	5,106円	511円	1,022円	1,532円
	要支援2	513	5,412円	542円	1,083円	1,624円
	8時間以上9時間未満					
	要支援1	500	5,275円	528円	1,055円	1,583円
	要支援2	529	5,580円	558円	1,116円	1,674円

※身体拘束廃止に向けての取り組みとして、身体拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の90/100となります。

※虐待の発生又はその再発を防止する為の措置（委員会の開催、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合、上記金額の99/100となります。

※感染症若しくは災害のいずれかの業務継続化計画が未策定の場合、上記金額の97/100となります。

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び（介護予防）認知症対応型通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る（介護予防）認知症対応型通所介護

計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに（介護予防）認知症対応型通所介護計画の見直しを行いません。

※利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

※心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に対して、所要時間2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護を行った場合には、所要時間4時間以上5時間未満の所定単位数の63/100に相当する単位数を算定します。

※9時間以上のサービス提供を行う場合で、その提供の前後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合は、延長加算として下記利用料が追加されます。

*通算時間が

9時間以上10時間未満の場合、利用料 527円（利用者負担：1割53円、2割106円、3割159円）
 10時間以上11時間未満の場合、利用料 1,055円（利用者負担：1割106円、2割211円、3割317円）
 11時間以上12時間未満の場合、利用料 1,582円（利用者負担：1割159円、2割317円、3割475円）
 12時間以上13時間未満の場合、利用料 2,110円（利用者負担：1割211円、2割422円、3割633円）
 13時間以上14時間未満の場合、利用料 2,637円（利用者負担：1割264円、2割528円、3割792円）

※利用者に対し、その居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合（ご家族が送迎される場合等）は、片道につき495円（利用者負担：1割50円、2割99円、3割149円）減額されます。

※感染症又は災害の発生を理由として当該月の利用者数が当該月の前年度における月平均よりも100分の5以上減少している場合、3月以内に限り1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を加算します。

(2) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
入浴介助加算(Ⅰ)	40	422円	43円	85円	127円	1日につき
若年性認知症利用者受入加算	60	633円	64円	127円	190円	1日につき
科学的介護推進体制加算	40	422円	43円	85円	127円	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	232円	24円	47円	70円	サービス提供日数

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 104/1000	左記の単位 ×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数 (所定単位数)
---------------	--------------------	----------------	-------	-------	-------	-----------------------------------

※入浴介助加算は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。

※若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に指定(介護予防)認知症対応型通所介護を行った場合に算定します。

※サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して指定(介護予防)認知症対応型通所介護を行った場合に算定します。

※科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を認知症対応型通所介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。

※介護職員処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

※地域区分別の単価（5級地10.55円）を含んでいます。

※(利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

(3) その他の費用(日額)

	金額	備考
食材料費	210円(朝食) 560円(昼食) 440円(夕食)	食材料費相当分 (昼食代は、おやつ含む)
その他自己負担金	実費	おむつ代・医療費・理美容費・レクリエーション活動費・嗜好品

(4) 利用の中止・変更・追加

利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は、変更若しくは、新たなサービスの利用を追加することが出来ます。

その場合は、サービス実施日の前日まで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い場合は、キャンセル料が発生する場合がありますので、ご了承下さい。但し、利用者の病状の急変や入院等やむを得ない正当な事情がある場合は、この限りではありません。

① 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	利用日前日の午後 5 時までに ご連絡いただいた場合	キャンセル料は不要です
	ご利用日当日の午前 8 時半までにご連絡いただいた場合	食材料費相当分 540 円
	ご利用日当日の午前 8 時半以降にご連絡いただいた場合 あるいは、ご連絡いただけなかった場合	当日の利用料金の 10 パーセント (自己負担相当額) +食材料費相当分 540 円
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		

(5) お支払い方法等

利用料は、利用月ごとの介護保険料自己負担金と利用料との合計金額により請求いたします。毎月、月末にて、請求書を作成し、翌月 8 日迄にお届けします。利用明細をご確認のうえ、

①自動口座振替

毎月 20 日お客様の指定口座より自動引き落としを行いますので、前日までに口座残高をご確認のうえ、ご準備をお願いします。
→口座初回登録料 115 円 (消費税別途) 初回引落時にご請求致します。
(口座変更時も同様)

→口座引落が資金不足で不能の場合は、翌月引落日に、再請求手数料 100 円 (消費税別途) とともに再度引落を行います。
再請求も引落不能の場合は、5 日以内に指定口座にお振込をお願いします。
引落不能が続く場合、当社判断にてお振込でのお支払いをお願いすることになります。

②当社指定口座へのお振込

毎月 10 日までに、請求書記載の指定口座へお振込み下さい。

③領収書の発行

お支払いの確認が出来ましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管下さい。
(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

5, サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容 (被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間) を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者等が作成する「居宅サービス計画 (ケアプラン)」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「(介護予防) 認知症対応型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「(介護予防) 認知症対応型通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします
- (4) サービス提供は「(介護予防) 認知症対応型通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「(介護予防) 認知症対応型通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます
- (5) (介護予防) 認知症対応型通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

6, 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	代表取締役 大久保 真紀
-------------	--------------

- (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) 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。

7, 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。又事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ①緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- ②非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- ③一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

8, 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<ol style="list-style-type: none"> 利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。 当事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。 当事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報の保護について	<ol style="list-style-type: none"> 当事業者は、利用者又はその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者又はその家族の個人情報を用いません。 当事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

9, 緊急時の対応について

通所介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかにあらかじめ指定された連絡先へ連絡を行うとともに必要に応じて、緊急搬送等の必要な措置を行いません。

【主治医】	医療機関名 氏 名 電 話 番 号
【家族等緊急連絡先】	氏 名 住 所 電 話 番 号 携 帯 電 話 勤 務 先

10, 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
 また、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型通所介護の提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】 枚方市役所 健康福祉部 介護認定給付課	所在地 枚方市大垣内町2丁目1-20 電話番号 072-841-1460（直通） ファックス番号 072-844-0315（直通） 受付時間 9:00~17:30(土日祝は休み)
【居宅支援事業所の窓口】	事業所名 所在地 電話番号 担当介護支援専門員

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

損害賠償責任保険	保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
	保 険 名	福祉事業者総合賠償責任保険
	補償の概要	施設損害補償 業務遂行損害補償 被害者治療費等保障 等
自動車保険	保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
	保 険 名	一般自動車総合保険
	補償の概要	対人賠償（無制限）対物賠償（無制限）等

11, 心身の状況の把握

指定（介護予防）認知症対応型通所介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者等が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

12, 居宅介護支援事業者等との連携

- 指定（介護予防）認知症対応型通所介護の提供に当たり、居宅介護支援事業者等及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「（介護予防）認知症対応型通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者等に速やかに送付します。
- サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者等に送付します。

1 3, サービス提供の記録

- (1) (介護予防) 認知症対応型通所介護を提供した際には、具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- (2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

1 4, 非常災害対策について

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
災害対策に関する担当者(防火管理者)職・氏名:(代表取締役 大久保 真紀)
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施時期:(毎年2回 6月・12月)

1 5, 衛生管理等

- (1) 指定(介護予防)認知症対応型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

1 6, 地域との連携について

- (1) 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
- (2) 指定(介護予防)認知症対応型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、(介護予防)認知症対応型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会(以下、この項において「運営推進会議」と言います。)を設置し、おおむね6月に1回以上運営推進会議を開催します。
- (3) 運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

1 7, 指定(介護予防)認知症対応型通所介護サービス内容の

見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

- (1) 提供予定の指定(介護予防)認知症対応型通所介護の内容と利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)

	曜日	提供時間帯	週予定回数	基本単位数	加算		自費		利用料	利用者負担額
					入浴	介護職員処遇	食事提供	おやつ		
1		～							円/日	円/日
2		～							円/日	円/日
1週当りの利用料、利用者負担額(見積もり)合計額									円/週	円/週
1か月当りの利用料、利用者負担額(見積もり)合計額									円/月	円/月

- (2) その他の費用

① 送迎費の有無	(有・無) サービス提供1回当たり…(金額)
② キャンセル料	重要事項説明書4-(4)記載のとおりです。
③ 食事の提供に要する費用	重要事項説明書4-(3)記載のとおりです。
④ おむつ代	重要事項説明書4-(3)記載のとおりです。
⑤ その他	

- (3) 1か月当りのお支払い額(利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)とその他の費用の合計)の目安

お支払い額の目安	円
----------	---

- *ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。
- *この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

18, サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

①提供した指定（介護予防）認知症対応型通所介護等に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

②相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

苦情の受け入れ→事実の調査、対応策の検討準備に着手
→迅速に改善策を立案、職員への周知を徹底
→あわせて、関係者へ事実の報告と改善対応方法の報告
→引き続き事業所内部部門会議において、報告検討、問題点の再確認

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 （事業者の担当部署・ 窓口の名称）	所在地 枚方市長尾元町7丁目36-1 電話番号 072-864-578 ファックス番号 072-857-0726 受付時間 9:00~18:00
【市町村（保険者）の窓口】 枚方市役所 健康福祉部 介護認定給付課	所在地 枚方市大垣内町2丁目1-20 電話番号 072-841-1460（直通） ファックス番号 072-844-0315（直通） 受付時間 9:00~17:30（土日祝は休み）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町1丁目3-8 電話番号 06-6949-5418 受付時間 9:00~17:00（土日祝は休み）

19, 第三者による評価の実施状況

実施の有無	無し
実施した直近の年月日	—
評価機関名称	—
評価結果の開示	—

20, 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、「枚方市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例（平成24年枚方市条例第46号）」及び「枚方市指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例（平成24年枚方市条例第47号）」の規定に基づき利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府枚方市長尾元町七丁目36番1号
	法人名	株式会社 ウィズ・ケアサポート
	代表者名	代表取締役 大久保真紀 印
	事業所名	グループホームそおれ デイサービス
	説明者名	印

事業者から上記の内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
代理人	住所	
	氏名	印