

株式会社 ケアサービス・まきの実
デイホームやつか

認知症対応型通所介護
介護予防認知症対応型通所介護
重要事項説明書

<目次>

- 1、(介護予防) 認知症対応型通所介護サービスを提供する事業者について
- 2、利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について
- 3、提供するサービスの内容及び費用について
- 4、利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合) その他の費用の請求及び支払い方法について
- 5、サービスの提供にあたって
- 6、虐待の防止について
- 7、身体拘束について
- 8、秘密事項・個人情報の取扱い
- 9、緊急時の対応方法について
- 10、事故発生時の対応方法について
- 11、心身の状況の把握
- 12、居宅介護支援事業所等との連携
- 13、サービス提供の記録
- 14、事故発生時の対応方法
- 15、衛生管理等
- 16、業務継続計画の策定等について
- 17、地域との連携について
- 18、サービス提供に関する相談・苦情について
- 19、サービスの第三者評価の実施状況について
- 20、当事業者の概要

指定（介護予防）認知症対応型通所介護

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、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は「南房総市指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成 25 年 3 月 22 日条例第 5 号）、「南房総市指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」（平成 25 年 3 月 21 日条例第 6 号）の規定に基づき、（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 （介護予防）認知症対応型通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社ケアサービス・まきの実
代表者氏名	代表取締役 田中 万里
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	千葉県館山市南条 287-1 法人本部 0470-30-8488
法人設立年月日	2001 年 4 月 16 日

2 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	デイホームやつか
介護保険指定 事業者番号	1298800085
事業所所在地	千葉県南房総市富浦町深名 656-1
電話番号	0470-33-3113
ファクシミリ番号	0470-33-3114
e-mail	yatsuka@makinomi.co.jp
事業所の通常の 事業の実施地域	南房総市
利用定員	12 名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要支援・要介護状態となった場合においても、その認知症を患う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世話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の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ものとする。
運営の方針	1 当事業所は、要支援・要介護者の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事の介護、その他全般にわたる援助を行うこととする。 さらに、利用者の社会的孤立感の解消及び生活機能訓練などの介護。その他必要な援助を行うこととする。 2 サービスの提供にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めることとする。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～日曜日及び祝日（1月1日～1月3日を除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月～日曜日及び祝日（1月1日～1月3日を除く）
サービス提供時間	午前9時00分～午後4時30分

(5) 事業所の施設概要

建築	木造合金メッキ鋼板葺2階建
敷地面積	2253.57 m ²
開設年月日	平成22年9月1日

(6) 主な設備等

食堂	67.54 m ² （機能訓練室兼）
相談室	1室
静養室	1室（1床）
トイレ	3箇所（車いす対応2箇所）
浴室	1箇所（脱衣所含む）入浴介助リフト付き（グループホーム兼）
事務室	1箇所（グループホーム兼）
送迎車	4台（1台はグループホーム兼）

(7) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 小川 雄大
-----	------------

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 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。 	1 名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 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。 	営業日ごとにサービス提供時間を通じて専従で1名以上
介護職員	<ol style="list-style-type: none"> 1 （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。 	営業日ごとにサービス提供時間を通じて3名以上 ※利用者数に応じて、法令で定める人員基準の範囲内で配置人数を調整することがあります。
機能訓練指導員	<ol style="list-style-type: none"> 1 （介護予防）認知症対応型通所介護計画に基づき、その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、機能訓練を行います。 	1名以上

3 提供するサービスの内容及び費用について

(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		<ol style="list-style-type: none"> 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。
	排せつ介助	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。
	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。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	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。
相談	生活相談	利用者及びその家族からの相談について誠意を持って対応し、可能な限り必要な援助・支援を行うよう努めます。
その他	創作活動など	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) (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

(3) 利用料等

① 介護保険給付費

要介護（要支援）認定の結果に応じて、介護保険で定められている金額（要支援・要介護度によって異なる基本部分と各種加算部分）において、利用者ごとに定められた自己負担割合に応じてお支払い頂きます。

（介護予防）認知症対応型通所介護費（i）（単独型）利用料（単位：円）

利用時間	1日あたりの利用料金						介護保険適用時の自己負担額
	3～ 4時間	4～ 5時間	5～ 6時間	6～ 7時間	7～ 8時間	8～ 9時間	
要支援1	4,750	4,970	7,410	7,600	8,610	8,880	利用者ごとに定められた自己負担割合によって異なります。
要支援2	5,260	5,510	8,280	8,510	9,610	9,910	
要介護1	5,430	5,690	8,580	8,800	9,940	10,260	
要介護2	5,970	6,260	9,500	9,740	11,020	11,370	
要介護3	6,530	6,840	10,400	10,660	12,100	12,480	
要介護4	7,080	7,410	11,320	11,610	13,190	13,620	
要介護5	7,620	7,990	12,250	12,560	14,270	14,720	
入浴介助加算Ⅰ	400/1日につき			入浴介助加算（Ⅰ） 又は入浴介助加算（Ⅱ）のいずれか			
入浴介助加算Ⅱ	550/1日につき						
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220/1日につき						
個別機能訓練加算Ⅰ	270/1日につき						
個別機能訓練加算Ⅱ	200/1月につき						
若年性認知症利用者受入加算	600/1月につき						
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	400/1月につき						
生活機能向上連携加算Ⅱ1	2,000/1月につき						
生活機能向上連携加算Ⅱ2	1,000/1月につき (個別機能訓練加算を算定している場合)						
口腔機能向上加算Ⅰ	1500/月2回を限度						
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	200/6月に1回						
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1月あたりの総単位数×18.1%						

- ※ 入浴介助加算(Ⅰ)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。
入浴介助加算(Ⅱ)は、居宅において入浴ができるようになることを目的に、居宅を訪問し把握した浴室環境等を踏まえた入浴介助計画の作成と、計画に沿った支援を行った場合に算定します。
- ※ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)は、指定訪問リハビリテーション等の理学療法士等の助言に基づき当事業所の機能訓練指導員、介護職員等が共同で身体状況の評価及び個別機能訓練計画の作成と、計画に沿った機能訓練を提供した場合に算定します。また、計画の進捗状況は3月ごとに評価し、必要に応じて訓練の内容等を見直します。
生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、指定訪問リハビリテーション等の理学療法士等が当事業所を訪問し、当事業所の機能訓練指導員、介護職員等と共同で身体状況の評価及び個別機能訓練計画の作成と、計画に沿った機能訓練を提供した場合に算定します。また、計画の進捗状況は3月ごとに評価し、必要に応じて訓練の内容等を見直します。
- ※ 個別機能訓練加算(Ⅰ)は、多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。個別機能訓練計画の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、機能訓練加算(Ⅱ)を算定します。
- ※ 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。
- ※ 口腔機能向上加算は、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員いずれかを1名以上配置し、計画の作成・評価の実施等を含めた口腔サービスを提供した場合に算定できる加算です。
- ※ 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニング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。
- ※ 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。
- ※ 介護職員等処遇改善加算は、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組みを行う事業所に認められる加算です。区分支給限度基準額の対象外となります。
- ※ (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、全額を一旦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」を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。
- ※ 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、(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す。
- ※ 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 500 円（介護保険適用時の自己負担割合が 1 割の場合は 50 円）。

10 時間以上 11 時間未満の場合 1000 円（介護保険適用時の自己負担割合が 1 割の場合は 100 円）。

11 時間以上 12 時間未満の場合 1500 円（介護保険適用時の自己負担割合が 1 割の場合は 150 円）。

※ 利用者に対し、その居宅と当該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 470 円（介護保険適用時の自己負担割合が 1 割の場合は 47 円）減額されます。

※ 上記介護給付費は、介護保険改変時に変更される場合があります。

※ 上記「自己負担額」は、介護保険の「指定認知症対応型通所介護」の適用を受け、代理受領を行う場合において、その利用者ごとの負担割合に応じた通常の請求額となります。

※ 介護認定は、自動的に更新されるものではありません。更新手続きをしないと、有効期限が切れ、介護保険を使ったサービスが受けられなくなりますのでご注意ください。

② 介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
おむつの提供	利用者のご希望に応じて提供します。	パンツタイプ・テープ 150 円～ 尿取りパット 50 円～
食材の提供	新鮮で安全な食材を提供します。	1 日当たり 700 円
日用品費	共同作業や共同の材料費・消耗品として、右記金額を一律同額としてお支払い頂きます。	1 日当たり 50 円
理美容サービス	ご希望に応じて、理美容の出張サービスを受けられます。その際に費用は実費となり、直接理美容業者にお支払い頂きます。	実 費
レクリエーション行事	当施設では、施設行事計画に沿ってレクリエーション行事を企画します。	施設外レクリエーションについて実費（入場料等）

(4) キャンセル料について

- | | |
|------------------------------------|----------|
| ① ご利用日の前営業日午後 5 時 30 分までにご連絡頂いた場合 | 無料 |
| ② ご利用日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡頂いた場合 | 利用料の 50% |
| ③ ご利用日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡頂けなかった場合 | 利用料の全額 |

(5) 健康理由による中止について

- ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族にご連絡の上、対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

4 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

<p>利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 事業者は利用者が事業者を支払うべきサービスに要した費用について、利用者がサービス費として保険者より支給を受ける額の限度において、利用者に代わって保険者より支払いを受けます。 ② 事業者は利用者または利用者代理人に対し、毎月 25 日までに、前月の利用料等の請求書を送付または交付します。請求書には請求する金額を介護保険給付対象と対象外に分けた明細書を添付します。
<p>利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 利用者または利用者代理人は事業者に対し、前号の利用料等を当月末までに、事業者の指定する方法により支払います。支払方法は銀行振込となります。 ② 事業者は利用者または利用者代理人から利用料等の支払を受けた時は、利用者または利用者代理人に対し、領収証を発行します。

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、理由の如何を問わず利用料他自己の支払うべき費用を 2 ヶ月以上分滞納し、さらに支払いの督促が事業者からあるにも関わらず、支払いが一定期間無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

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者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いたします。

- (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、すべて当事業者が行いますが、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・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	(職・氏名を記載する)
-------------	-------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な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。ただし、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ときは、利用者、利用者代理人等に対して説明及び書面を作成し、同意を得た上で、次に掲げることに留意して、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。

また事業者として、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 秘密保持・個人情報の取り扱い

(1) 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に開示または漏洩しません。この守秘義務は本契約終了後も同様の効力を有します。

(2) 事業者が保有する利用者の個人情報

書類名	内容等
相談記録・ アセスメント結果記録	氏名、性別、年齢、生年月日、ID 番号、入院歴、傷病名、既往歴、身体測定結果、血液型、生活歴、家族構成、食事状況、排泄状況、睡眠状況、清潔習慣、コミュニケーション状況、嗜好、相談内容・結果
介護保険被保険者証	識別記号・番号、保険者番号、保険者、有効期限、氏名、生年月日、資格取得年月日、交付年月日、世帯主氏名、住所、介護保険負担割合証
サービス利用者名簿	氏名、生年月日、性別、入院年月日、本籍地、住所、電話番号、紹介者氏名、保証人又は身元引受人住所・氏名、連絡先等
居宅サービス計画 (ケアプラン)	住所、氏名、生年月日、年齢、性別、要介護度、居宅サービス提供予定(種類)等
サービス担当者会議録	氏名、性別、年齢、生年月日、提供サービス内容等
請求情報	請求内容、請求金額、支払い状況等

(3) 利用者の個人情報の開示・利用・提供

① サービス提供等の目的のための開示・利用・提供

利用の申し込み、利用を通して蓄積された個人情報は、サービス提供等のため必要に応じて以下のために利用されます。

利用目的	提供先	利用する個人情報
サービス担当者会議	(株)ケアサービス・まきの実内・他のサービス提供事業所・自治体担当者	介護サービス計画、アセスメント記録等、必要なもの
第三者の評価・意見を求めるため	他の医療機関等(医師)	同上
利用者が他の介護サービス等を利用される場合の情報提供	他のサービス提供事業者	同上

② 介護計画目的以外での開示・利用・提供

利用者の個人情報、利用者の介護計画等以外に介護給付請求、医学研究、教育、行政機関からの要請に応じる等のため必要に応じて以下のように利用（提供）されます。

利用目的	提供先	利用する個人情報
介護給付費請求のため	審査支払い機関、保険者等	明細書情報（氏名、被保険者番号、請求内容、請求内訳、請求金額等）
自己負担金請求のため	口座振替事業者	氏名、口座番号
関係行政機関等の要請による照会・届出・調査・検査・実地指導のため	厚生労働省、都道府県、市区町村、審査支払い機関、健康保険組合等、裁判所、警察、社会保険診療報酬支払い基金等	関係行政機関等からの法令に基づく要請、当事業所が必要な届出等のために、諸記録等を開示することがあります
事件捜査、裁判等のため	警察、裁判所、弁護士会等	情報が限定され、かつ当事業所が合理性を認めた場合、照会してきた機関に諸記録等を開示することがあります
事故報告のため	内部委員会、都道府県、市区町村等	氏名、事故内容等
保険会社からの照会に応じるため	生命保険会社、損害保険会社	個別に事前同意を取得します
ご家族等へ通知するため	利用者の配偶者・両親・子供、保証人および利用者が特に指定された方	症状、経過、見通し等の看護及び介護情報、支払い情報を開示することがあります
実習（研修）生の教育のため	当事業所受け入れた、実習（研修）生	実習目的に応じてケアプラン、相談記録、を開示することがあります
福祉サービス第三者評価のため	県が認証した第三者機関（評価機関）	介護サービス計画、アセスメント記録等必要なもの

③ 上記のうち「保険会社からの照会に応じるため」の利用（提供）については、あらかじめ利用者本人に承諾を求めます。この場合、利用者は拒絶することができます。

④ 上記のうち「ご家族等へ通知するため」及び「実習（研修）生の教育のため」の利用は利用者のお申し出がありました場合は利用を停止します。

⑤ 上記のうち承諾が必要な事項のうち、利用者が意思決定能力・判断能力を有しないと当事業所が判断した場合は法定代理人に対して承諾を求めます。

⑥ 当事業所は、届け出のあったご家族を除き、利用者以外には利用者の病名、症状、訪問予定、介護計画等を開示いたしません。保証人については請求状況、支払い状況を開示いたします。

(4) 利用者・ご家族及び訪問者等が当該施設にて知り得た個人情報（利用者、職員を問わず）を外部に漏らすことは個人情報保護法に抵触いたします。

- (5) 個人情報の開示請求等につきましては、有償で、文書による請求にて対応いたします。
- (6) 個人情報保護の取り組みは施設内掲示物をご覧ください。当該事業所の個人情報保護への取り組みの詳細は、施設にて閲覧いただけます

9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【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

既往症

① 結核	有	
② 角化型疥癬 (ノルウェー疥癬)	有	
③ その他	有	

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】 健康福祉部高齢者福祉課 事業者支援係	所 在 地 南房総市谷向 100 番地 電 話 番 号 0470(36)1152 フ ァ ッ ク ス 番 号 0470(36)1133
【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

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	東京海上日動火災保険株式会社
	保 険 名	超ビジネス保険（保険約款：事業活動包括保険普通保険約款）
	補償の概要	施設・事業活動遂行事故 限度額 10,000 万円
自動車保険	保険会社名	損害保険ジャパン株式会社
	保 険 名	一般自動車保険
	補償の概要	対人・対物無制限 人身1名につき 8,000 万円

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

- (1) 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綿密な連携に努めます。
- (2) 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。
- (3) 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。

13 サービス提供の記録

- (1) 指定（介護予防）認知症対応型通所介護の実施ごとに、サービス提供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。

14 事故発生時の対応方法

事故や災害等が発生した場合には、利用者の家族等へ連絡先に緊急連絡し、適切に対処すると共に必要な措置を行います。

非常災害対策

非常時の対応	別途定める「グループホームやつかガーデン消防計画」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	深名町内会と協力し、常時の相互の応援を依頼しています。訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。			
平常時の訓練等	別途定める「グループホームやつかガーデン消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	設置	自動通報装置	設置
	誘導灯	10ヶ所	消火器	8本
	消火設備	設置		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			

15 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) 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、常に綿密な連携に努めます。
- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 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。
 - ③ 従業者に対し、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。

16 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型通所介護の提供を継続的に実施するための、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) 従業者に対し、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。

17 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。

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 事業者は、利用者からの相談、苦情に対応する窓口を設置し、利用者の要望、苦情等に対し迅速に対応します。現在オンブズマンを設定されておりませんが、住所登録のある市町村の担当窓口にて、相談することができます。
- 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。
 （事情確認）苦情があった場合には、直ちに管理者または生活相談員が相手方に連絡をとり、直接行くなどして詳しい事情を聞き、担当する居宅介護支援事業者へも通知・確認をします。
 （対処方法）管理者が必要と判断した場合は、管理者を含め速やかに検討会議を開き、善処します（検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで速やかに処理結果を報告し、管理者は本社苦情担当まで報告します）。
 （予防方法）法人全ての苦情情報を全社に設置されている電子媒体に記録、管理し再発防止に努めます。
 法人全体のサービス提供責任者を対象として適宜、安全管理・苦情処理検討会などを設け、対応方法をマニュアルにまとめます。

(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 千葉県館山市南条 287-1 担当部署 第一事業部相談窓口 電話番号 080-2142-8234 ファックス番号 0470-29-5206 受付時間 平日午前 9～午後 5 時
【市町村（保険者）の窓口】 健康福祉部高齢者福祉課 事業者支援係	電話番号（直通）0470-36-1152
【公的団体の窓口】 千葉県国民健康保険連合会	電話番号（直通）043-254-7423

19 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	有
【実施した直近の年月日】	2024年11月30日
【第三者評価機関名】	特定非営利活動法人ACOB A
【評価結果の開示状況】	有

20 当事業者の概要

法人名 株式会社 ケアサービス・まきの実

代表者 代表取締役 田中 万里

所在地 千葉県館山市南条 287-1

電 話 0470 - 30 - 8488

- 〈定款目的に定めた事業〉
1. 介護保険法に基づく認知症対応型共同生活介護事業
 2. 介護保険法に基づく通所介護事業
 3. 介護保険法に基づく認知症対応型通所介護事業
 4. 介護予防通所介護又は介護保険法に基づく第1号通所事業
(通所介護型サービス)
 5. 介護保険法に基づく福祉用具貸与、販売
 6. 介護保険法に基づく居宅介護支援事業
 7. 有料老人ホームの設置・運営
 8. 一般乗用旅客自動車運送事業

〈営業所数等〉	特定施設入居者生活介護	1カ所
	認知症対応型共同生活介護	5カ所
	認知症対応型通所介護	3カ所
	通所介護	1カ所
	第1号通所事業（通所介護型サービス）	1カ所
	特定福祉用具販売、貸与	1カ所
	居宅介護支援事業	1カ所
	介護タクシー	1カ所

年 月 日

認知症対応型通所介護サービスの利用に当たって、利用者及び代理人に対し本書面に基
いて、重要事項の説明を行いました。

事業者
所在地 千葉県館山市南条 287-1
名 称 株式会社 ケアサービス・まきの実
代表取締役 田中 万里 印

説明者 所属 デイホーム やつか
職名
氏名 印

私は本書面により、説明者より認知症対応型通所介護についての重要事項の説明を受け、同意
しました。

利用者 氏 名 印

利用者代理人 住 所

氏 名 印

続 柄 ()

代理理由 言 語 障 害 肢 体 不 自 由 認 知 症
 そ の 他 ()

第1身元引受人 氏 名 印

住 所

第2身元引受人 氏 名 印

住 所

