

共用型指定認知症対応型通所介護及び共用型指定介護予防認知症対応型通所介護
長崎ケアハートガーデン デイサービス小ヶ倉
重要事項説明書
(令和 7年 7 月 2 日現在)

1. ご利用施設

施 設 の 名 称	長崎ケアハートガーデン デイサービス小ヶ倉
介護保険指定 事業所番号	4 2 9 0 1 0 2 2 0 3
施 設 の 所 在 地	〒850-0961 長崎県長崎市小ヶ倉3丁目76-27
管理者	川上 忠昭
連絡先	電話 (095) 898-5111 FAX (095) 898-5122
共用サービス	認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

2. 事業の目的と運営の方針

事 業 の 目 的	・認知症やこれに関係する周辺症状を有しながらも、ユニットケアという家庭的な環境の中、的確なアセスメントと個別介護計画に基づき必要とされる生活支援を適切に提供することで、お客様の生活が自立のかつ主体的に営まれる事をその主たる目的とする。
施設運営の方針	・生活環境の構築にあたっては、各お客様の生活歴やこれまでの生活過程・スタイル・価値観を尊重し、お客様個々の生活ペースに合わせたサービスを提供する。 ・地元に密着した事業者として、地域の皆様に信頼される事業運営を行う。

3. 施設の概要

(1)敷地および建物

敷 地 面 積		973.34㎡
建 物	建物名称	長崎ケアハートガーデン デイサービス小ヶ倉
	構 造	鉄骨造 2F建
	建築延床面積	876.22㎡（併設の小規模多機能ホーム小ヶ倉含む）
	GH延床面積	166.8㎡
	利 用 定 員	1ユニットごとに3名、合計6名

(2)主な設備(別紙参照)

①全体	居室:1階ユニット9室 + 2階ユニット9室 = 計18室 リビング・浴室・トイレ(各ユニット3ヶ所)・食堂(キッチン・IHヒーター)・相談室・熱感知、煙感知の火災探知機付警報装置・119番通報装置・24時間換気設備・水道連結型スプリンクラー設備
②居室	クローゼット(物入)・照明器具(付属リモコン)・ルームエアコン(付属リモコン)・24時間換気設備・緊急呼出コール(ナースコール)・テレビ端子・レースカーテン

4 職員体制

職種	職制	常勤	非常勤	職務内容
管理者兼 2階ユニット管理者	介護職員	川上 忠昭	—	・介護及び支援 ・業務の管理及び職員等の管理

1階計画作成担当者	介護職員	介護支援専門員 介護福祉士	宮崎 文宏	—	・介護及び支援 ・介護計画作成業務
2階計画作成担当者	介護職員	介護職員初任者研	川上 忠昭	—	・介護及び支援 ・介護計画作成業務
介護従業者	介護職員	介護福祉士 ホームヘルパー2級等	<u>15名</u>	<u>4名</u>	・介護及び支援 ・介護業務及び付随する業務

※共用サービスのグループホームの職員（1F）と兼務になります。

5 職員の勤務体制

区 分	勤務時間（基本）	休 日（基本）	員 数
常 勤	A勤務 7：30－16：30 B勤務 9：00－18：00 C勤務 10：00－19：00	4週8休	<u>15名</u>
非常勤	B勤務 9：00－18：00	週5勤務2日休み	<u>4名</u>
常 勤 （夜勤）	D勤務 16：30－9：30	夜勤明け後休み	<u>13名</u>

6 利用基準

共用サービスである認知症対応型共同生活介護の趣旨に則り、下記条件の全てを満たす方がご利用できます。 なお、サービスご利用開始後に下記条件を満たさなくなったときは、十分なアセスメントをした上で可能な限りの対応を試みても対応が困難な場合、又は十分な説明を試みてもご理解が得られない場合、ご利用をお断りすることがあります。	
要介護（介護予防にあっては要支援）認定者で、かつ認知症であると医師が診断する方。	契約時に、介護保険被保険者証と医師の診断書により確認します。
少人数による共同生活を営むことに支障がない方。	介護拒否・特定職員の指名・意思疎通・衛生上支障のある行為等の状態について、他の利用者に対するサービス提供時間への支障及び他の利用者の衛生保持等の観点から確認します。
自傷他害により共同生活を営むことが困難とみなされない方	暴力・暴言・大声・破壊行為・妨害行為・自傷自殺行為・異食行為等の状態について、他の利用者の生活環境及び精神衛生への影響等の観点から確認します。
医療専門職による積極的かつ、継続的な医療管理が常態となっていない方	利用者親族等の協力を前提に、医師の診断並びに利用者及び利用者親族等の希望を踏まえ、症状に対する事業所の対応能力、他の利用者への感染のリスク並びに症状の対応に必要な医療専門職の訪問対応能力等の観点から確認します。 下表は医療管理が必要な方の、受け入れ可否の目安となります。

	症状	受入可否	備考
	MR S A	可	
	B型肝炎	可	活動期でない方
	C型肝炎	可	活動期でない方
	結核	可	排菌している方
	疥癬	不可	
	じょく創	不可	
	インスリン	不可	
	人工透析	不可	
	バルーンカテーテル	不可	
	ストーマ	不可	
	吸引	不可	
	胃ろう	不可	
	中心静脈栄養	不可	
	経管栄養	不可	
	在宅酸素	不可	
	人工呼吸器	不可	
事業所の職員体制並びに設備及び機器によりサービス提供が可能と判断できる方	利用者親族等との信頼関係を前提に、身体機能・精神状態・利用者又は利用者親族等からの特別な要望等について、他の利用者のサービス提供時間への支障及び事業所の対応能力等の観点から確認します。		
原則として事業所の所在する市町村に住所を有する方	契約時に、介護保険被保険者証により確認します。 介護保険法上、長崎市に住所を有する方が対象のサービスとなっています。長崎市外の方が利用するには、行政間において協議が必要となります。		
原則として親族等に事業所との協働を期待できる方	事業所に介護スタッフが常駐するグループホームの利点を活かし、営業時間の柔軟な運用に努めます。利用者親族等は送迎へのご協力をお願いします。		

7 サービスの内容

通所介護計画の作成	利用者の持てる心身の機能を最大限に発揮でき、安心して日々を過ごすことができるように、適切なアセスメントをした上で、利用者及び利用者親族等の希望を尊重し、生活に即した実現可能な通所介護計画を作成します。
サービスの提供	家庭的な環境のもと、通所介護計画に基づきサービスを提供することで、認知症の進行や生活機能の低下を少しでも和らげるように努めます。
	サービスの提供に当たっての留意事項 次の点に留意し、サービスを提供します。 ・ 個人として尊重し、尊厳を守ること ・ 必要な情報を提供し、主体的な決定を尊重すること ・ 安全と衛生が保たれた環境を維持すること ・ 関係者との交流の自由を保つこと ・ 地域社会の中で差別を受けないこと ・ 緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束をしないこと ・ 虐待行為をしないこと ・ 個人情報を守ること ・ グループホームの利用者へのサービス提供に支障が生じないこと

	種類	内容																
	食事	・ 献立作り・食事作り・盛り付け・配膳・食事・片付け支援をします。 ・ 献立・調理方法は、利用者の身体状況・嗜好・栄養のバランスに配慮します。 ※食事時間（基本） <table><tr><td>朝 食</td><td>7 : 30</td><td>～</td><td>8 : 30</td></tr><tr><td>昼 食</td><td>12 : 00</td><td>～</td><td>13 : 00</td></tr><tr><td>おやつ</td><td>10 : 00</td><td>～</td><td>10 : 30 、 15 : 00 ～ 15 : 30</td></tr><tr><td>夕 食</td><td>17 : 30</td><td>～</td><td>18 : 30</td></tr></table>	朝 食	7 : 30	～	8 : 30	昼 食	12 : 00	～	13 : 00	おやつ	10 : 00	～	10 : 30 、 15 : 00 ～ 15 : 30	夕 食	17 : 30	～	18 : 30
	朝 食	7 : 30	～	8 : 30														
	昼 食	12 : 00	～	13 : 00														
	おやつ	10 : 00	～	10 : 30 、 15 : 00 ～ 15 : 30														
	夕 食	17 : 30	～	18 : 30														
	入浴	・ 衛生面や感染症に配慮し、入浴ができるよう支援します。 ※身体の状態により、シャワー浴又は清拭となる場合があります。																
介護	・ 排泄・整容・更衣・移動・移乗・コミュニケーション等の支援をします。																	
地域交流	・ 屋外散歩・買い物・地域行事への参加等を支援し、また、ボランティアの受け入れ・季節諸行事の開催等を行うことで、地域交流の機会を確保します。																	
機能訓練	・ 掃除・洗濯・屋外散歩等を支援し、また、体操の実施等を行うことで、運動の機会を確保します。																	
医療 ・健康管理	・ 健康状態・生活状況を把握の上記録を作成し、適宜利用者親族等に連絡をします。 ・ 健康状態についてケアマネジャー等へ連絡調整をします。 ・ 持参した薬の管理及び服薬の支援をします。 ・ 健康状態急変時における緊急対応、ケアマネジャー等・利用者親族等への連絡調整をします。 ・ 予防接種が受けられるように支援をします。																	
サービスの提供 中止	以下の場合は、サービスの提供を中止する場合があります。 ・ 発熱、嘔吐、下痢、咳等の症状があるとき。 ・ 健康チェックの結果、体調が悪いと事業者が判断できるとき。 サービスの提供中止時の送迎は自宅までです。病院までの送迎や受診の付添いはできません。状況により送迎への協力をお願いします。																	

8 営業日および営業時間

営業日	営業日：月曜～土曜日（12/31～1/1 は除く） ただし、併設する指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者のサービス提供に支障が生ずる時は休業日とする場合がある。
営業時間	午前 9 時から午後 6 時 ただし、利用者及び利用者親族等の個別事情に配慮し延長する場合があります。
サービス提供時間	午前 9 時から午後 6 時 ただし、利用者及び利用者親族等の個別事情に配慮し延長する場合があります。
延長サービス提供可能時間	午前 7 時から午前 9 時及び午後 6 時から午後 8 時 ただし、送迎に協力していただける場合に限りします。

9 緊急時の対応方法

サービスの提供中に病状、容態の変化や事故が発生した場合は、直ちに、消防局に救急対応の依頼をするとともに、速やかに、あらかじめ届けられた連絡先及びケアマネジャー、市町村に連絡する等必要な処置を講じます。また、事業者の責において事故が発生したときはその損害を賠償します。

10 利用料

① 介護報酬自己負担額（7 級地 10.17 円／単位）

ア．認知症対応型通所介護費（Ⅱ）（基本報酬）

所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護度	単位数（1 回）	報酬額（1 回）	ご負担額（1 回）
要支援 1	248	2,522 円	(1 割)252 円 (2 割)504 円 (3 割)756 円
要支援 2	262	2,664 円	(1 割)266 円 (2 割)532 円 (3 割)798 円
要介護 1	267	2,715 円	(1 割)271 円 (2 割)542 円 (3 割)813 円
要介護 2	277	2,817 円	(1 割)281 円 (2 割)562 円 (3 割)843 円
要介護 3	286	2,908 円	(1 割)290 円 (2 割)580 円 (3 割)870 円
要介護 4	295	3,000 円	(1 割)300 円 (2 割)600 円 (3 割)900 円
要介護 5	305	3,101 円	(1 割)310 円 (2 割)620 円 (3 割)930 円

所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

要介護度	単位数 (1 回)	報酬額 (1 回)	ご負担額 (1 回)
要支援 1	260	2,644 円	(1 割)264 円 (2 割)528 円 (3 割)792 円
要支援 2	274	2,786 円	(1 割)278 円 (2 割)556 円 (3 割)834 円
要介護 1	279	2,837 円	(1 割)283 円 (2 割)566 円 (3 割)849 円
要介護 2	290	2,949 円	(1 割)294 円 (2 割)588 円 (3 割)882 円
要介護 3	299	3,040 円	(1 割)304 円 (2 割)608 円 (3 割)912 円
要介護 4	309	3,142 円	(1 割)314 円 (2 割)628 円 (3 割)942 円
要介護 5	319	3,244 円	(1 割)324 円 (2 割)648 円 (3 割)972 円

所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

要介護度	単位数 (1 回)	報酬額 (1 回)	ご負担額 (1 回)
要支援 1	413	4,200 円	(1 割)420 円 (2 割)840 円 (3 割)1260 円
要支援 2	436	4,434 円	(1 割)443 円 (2 割)886 円 (3 割)1329 円
要介護 1	445	4,525 円	(1 割)452 円 (2 割)904 円 (3 割)1356 円
要介護 2	460	4,678 円	(1 割)467 円 (2 割)934 円 (3 割)1401 円
要介護 3	477	4,851 円	(1 割)485 円 (2 割)970 円 (3 割)1455 円
要介護 4	493	5,013 円	(1 割)501 円 (2 割)1002 円 (3 割)1503 円
要介護 5	510	5,186 円	(1 割)518 円 (2 割)1036 円 (3 割)1554 円

所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

要介護度	単位数 (1 回)	報酬額 (1 回)	ご負担額 (1 回)
要支援 1	424	4,321 円	(1 割)432 円 (2 割)864 円 (3 割)1296 円
要支援 2	447	4,545 円	(1 割)454 円 (2 割)908 円 (3 割)1362 円
要介護 1	457	4,647 円	(1 割)464 円 (2 割)928 円 (3 割)1392 円
要介護 2	472	4,800 円	(1 割)480 円 (2 割)960 円 (3 割)1440 円
要介護 3	489	4,973 円	(1 割)497 円 (2 割)994 円 (3 割)1491 円
要介護 4	506	5,146 円	(1 割)514 円 (2 割)1028 円 (3 割)1542 円
要介護 5	522	5,308 円	(1 割)530 円 (2 割)1060 円 (3 割)1590 円

所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

要介護度	単位数 (1 回)	報酬額 (1 回)	ご負担額 (1 回)
要支援 1	484	4,922 円	(1 割)492 円 (2 割)984 円 (3 割)1476 円
要支援 2	513	5,217 円	(1 割)521 円 (2 割)1042 円 (3 割)1563 円
要介護 1	523	5,318 円	(1 割)531 円 (2 割)1062 円 (3 割)1593 円
要介護 2	542	5,512 円	(1 割)551 円 (2 割)1102 円 (3 割)1653 円
要介護 3	560	5,695 円	(1 割)569 円 (2 割)1138 円 (3 割)1707 円
要介護 4	578	5,878 円	(1 割)587 円 (2 割)1174 円 (3 割)1761 円
要介護 5	598	6,081 円	(1 割)608 円 (2 割)1216 円 (3 割)1824 円

所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合

要介護度	単位数 (1 回)	報酬額 (1 回)	ご負担額 (1 回)
要支援 1	500	5,085 円	(1 割)508 円 (2 割)1016 円 (3 割)1524 円
要支援 2	529	5,379 円	(1 割)537 円 (2 割)1074 円 (3 割)1611 円
要介護 1	540	5,491 円	(1 割)549 円 (2 割)1098 円 (3 割)1647 円
要介護 2	559	5,685 円	(1 割)568 円 (2 割)1136 円 (3 割)1704 円
要介護 3	578	5,878 円	(1 割)587 円 (2 割)1174 円 (3 割)1761 円
要介護 4	597	6,071 円	(1 割)607 円 (2 割)1214 円 (3 割)1821 円
要介護 5	618	6,285 円	(1 割)628 円 (2 割)1256 円 (3 割)1884 円

イ. 各種加算（厚生労働大臣が定める基準に適合した場合に算定

※「サービス提供体制強化加算」及び「処遇改善加算」「介護職員等特定処遇改善加算」は全ての利用者について算定。その他の加算は対象者のみ算定。

加算種別	算定基準（概要）		
	単位数 (1 回)	報酬額 (1 回)	ご負担額 (1 回)
■ 入浴介助加算 I	入浴する利用者を介助。（※見守りを含む）		
	40	407 円	(1 割) 41 円 (2 割) 82 円 (3 割)123 円
■ 生活機能向上連携加算 II 1	外部のリハビリテーション専門職又は医師等が、職員と共同で作成した個別機能訓練計画に基づき機能訓練を実施。		
	200	2034 円	(1 割)203 円 (2 割)406 円 (3 割)609 円
■ 個別機能訓練加算 I	事業所職員のリハビリテーション専門職が計画に基づき機能訓練を実施。（※1 日 120 分以上）		
	27	274 円	(1 割)27 円 (2 割)54 円 (3 割)81 円
■ 栄養スクリーニング加算 II	事業所職員が栄養状態に係る情報を担当ケアマネジャーに文書で提供。（※6 か月に 1 回）		

	5	50 円	(1 割)5 円 (2 割)10 円 (3 割)15 円
■ 栄養改善加算	事業所職員又は外部の管理栄養士が低栄養状態にある者又はおそれがある者について、計画に基づき栄養改善サービスを提供。（※3 月以内の期間に限り 1 月 2 回を限度）		
	200	2034 円	(1 割)203 円 (2 割)406 円 (3 割)609 円
■ 口腔機能向上加算 I	言語聴覚士等が口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者について、計画に基づき口腔機能向上サービスを提供。（※3 月以内の期間に限り 1 月 2 回を限度）		
	150	1525 円	(1 割)153 円 (2 割)306 円 (3 割)459 円
■ 若年性認知症利用者受入加算	65 歳未満の認知症の方を受入れ、個別の担当者を定め、その者を中心にサービスを提供。		
	60	610 円	(1 割)61 円 (2 割)122 円 (3 割)183 円
■ サービス提供体制強化加算 (II)	II：介護福祉士の資格を有する者の割合 50%以上。		
	18	183 円	(1 割)18 円 (2 割)36 円 (3 割)54 円
■ 延長加算	サービス提供時間を超えてサービスを提供。（※連続して 9 時間以上サービスを提供する場合に 3 時間を限度として算定）		
	9 時間以上 10 時間未満 50	508 円	(1 割)51 円 (2 割)102 円 (3 割)153 円
	10 時間以上 11 時間未満 100	1,017 円	(1 割)102 円 (2 割)204 円 (3 割)306 円
	11 時間以上 12 時間未満 150	1,525 円	(1 割)153 円 (2 割)306 円 (3 割)459 円
	12 時間以上 13 時間未満 200	2,034 円	(1 割)203 円 (2 割)406 円 (3 割)609 円
	13 時間以上 14 時間未満 250	2,542 円	(1 割)254 円 (2 割)508 円 (3 割)762 円

■介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	事業者が介護職員の処遇改善に取り組むための原資として、法で定められた内容の加算である。使用した単位数の総数に厚生労働大臣が定める一定の率を乗ずることで算定。		
	—	上記単位数の合計 ×181/1000 加算	

※利用料は、介護報酬額の 1 割または 2 割または 3 割の金額になります。

※端数処理により、合計金額に差額がでることがありますのでご了承ください。

② その他の利用料

ア	食費（1 食） （朝食 250 円） ・ 昼食 500 円 ・ おやつ 120 円 ・ （夕食 600 円） ※ 欠食される場合は、原則として 1 週間前までにご連絡願います。 ※ 行事食に関してはその内容により食材料費の実費が別途必要となることがあります。
イ	その他費用 （ア）日常生活費 実費 （おむつ代その他日常生活で必要となる費用） （イ）利用者の故意、重過失又は認知症の症状による行為により、設備又は機器を破損した場合の補修費用 実費

11 利用料の支払期限

支払方法	① 毎月 20 日までに前月の利用料の合計額を請求致しますので、当月の 27 日までにお支払いください。 ② お支払い方法は、「口座自動振り替え」とさせていただきます。口座は銀行・信用組合・郵便局の口座がご利用いただけます。
請求書	翌月 20 日までに当月の利用料の請求書を送付いたします。

12 運営推進会議

当事業所は厚生労働省令の定めにより、グループホームにおいて下記の通り協議会を開催しておりますので、積極的な参加をお願いします。	
協議会の名前	「グループホーム小ヶ倉」運営推進会議
目的	事業所が提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ること。
構成員	利用者・利用者の親族・地域住民の代表者・市町村の職員・グループホームについて知見を有する者等
開催頻度	おおむね 2 月に 1 回
開催場所	施設内
内容	事業所活動状況の報告等
議事録の開示	議事録は構成員及び出席者の方に配布する他、事業所で閲覧することができます。

13 外部評価

当事業所は厚生労働省令の定めにより、において下記の通りサービス評価を実施しておりますので、ケース記録の開示等にご協力をお願いします。	
評価の名称	グループホーム外部評価
目的	第三者による外部評価の結果と自己評価の結果を対比することで、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ること。
評価する者	長崎県が選定した評価機関
実施頻度	1～2 年に 1 回
結果の公表	事業所又はインターネット上で閲覧することができます。 ワムネット (http://www.wam.go.jp/)

14 個人情報の取り扱い

① 当事業所は、サービスを提供する上で知りえた利用者、利用者代理人及びその親族等に関する情報について、介護保険法その他法令に基づく事業者への調査の場合を除き、契約中及び契約終了後に第三者に漏らすことはありません。ただし、あらかじめ文書により利用者又は利用者代理人、及び親族代表者の同意を得た場合、次の各号及び②の場合に必要な限度で、利用者、利用者代理人及びその親族等の情報等を提供及び活用します。 ア．サービスを提供するために実施されるケア会議において、介護・医療上必要な場合。 イ．ケアマネジャー及び他の介護事業者等との連絡調整において、介護・医療上必要な場合。 ウ．利用者親族等及び運営推進会議構成員への配布物(たより・議事録等)に写真を掲載する場合。 エ．運営推進会議において写真を使用する場合。 オ．事業所内に写真を掲示する場合。 カ．利用者親族等に写真を提供する場合。	
② 当事業所は「利用者親族等及び運営推進会議構成員への配布物」に使用した写真を、「事業所広告」「会社案内」「社内報」に使用することがあります。ただし、利用者又は利用者代理人、及び親族代表者より事前に申し出があった場合は使用しません。	

15 サービスの終了

利用者のご都合でサービスを終了する場合	利用者及び利用者代理人は、事業者に対し、15 日以上予告期間において、文書で連絡をすることにより、契約を解除することができます。
	利用者及び利用者代理人は、事業者に次の事情があった場合、事業者に文書で連絡をすることにより、直ちに、契約を解除することができます。 ① 利用者、利用者代理人又はその親族等に対し、社会通念を逸脱する行為を行った場合 ② 介護保険法その他法令又は本契約に著しく違反した場合 ③ 正当な理由なくサービスを提供しない場合 ③ 事業を継続することが困難となった場合
事業者の都合でサービスを	事業者は、事業を続けることが困難となった場合、利用者及び利用者代理人に対し、1 ヶ月以上の予告期間において、理由を示した文書で連絡することにより、契約を解除することができます。

終了する場合	事業者は、利用者、利用者代理人又は事業者に、次の事情があった場合、利用者及び利用者代理人に対し、文書で連絡することにより、直ちに、契約を解除することができます。ただし、事業者は、①の場合を除き、利用者及び利用者代理人に弁明の機会を与えます。 ① 利用者又は利用者代理人が、他の利用者、利用者代理人又はその親族等もしくは事業者に対し、社会通念を逸脱する行為を行った場合 ② 利用者又は利用者代理人が、法令又は本契約に著しく違反をし、改善の見込みがない場合 ③ 利用者又は利用者代理人が、事業者に虚偽の事項を申告する等、不正な手段によりサービスを利用した場合 ④ 事業者が、天災事変その他やむを得ない事情により、事業を継続することが困難となった場合 ⑤ 利用者又は利用者代理人が、利用料の支払いを正当な理由なく 3 ヶ月以上遅れ、その後、事業者が利用料の支払いを催告したにもかかわらず、20 日以内に支払いをしない場合 ⑥ 利用者又は利用者代理人の利用料の滞納が常態化していると事業者が判断した場合 ⑦ 利用者が、6 ヶ月以上サービスを利用しない場合又は 6 ヶ月以上サービスを利用しないことが明らかな場合 ⑧ 利用者が、本契約書に記載の利用基準に违背する状況に至ったと事業者が判断した場合 ⑨ 利用者の行動が他の利用者または従業員の生命身体に危害を及ぼす、もしくはその危害に切迫した恐れがある場合、あるいは、ハラスメント等の言動がある場合、かつ本施設における通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止することができない場合
自動終了	利用者が、要介護(介護予防にあつては要支援)認定の更新で非該当となった場合、所定の期間の経過をもって、契約は終了します。
	次の場合、契約は自動的に終了します。 ① 利用者が、死亡又は介護保険被保険者資格を喪失した場合 ② 事業所が、介護保険法の指定を取り消された場合 ③ 利用者が、要介護(介護予防にあつては要支援)認定の区分変更により、非該当となった場合 ④ 利用者が、介護保険被保険者証に記載された住所地を、行政間の協議を経ずに、事業所の所在する市町村外に移転した場合

16 非常災害時の対策

非常時の対応	事業者規定の運営マニュアル・業務手順書・防災、危機管理手順書及び別途定める消防計画に基づき対応します。			
平常時の訓練	別途定める消防計画に基づき、年2回の通報訓練、避難訓練及び初期消火訓練等を、利用者也参加していただき実施します。			
防災設備	設備名称	有無	設備名称	有無
	非常口・非常階段	有	消火器	有
	火災報知器	有	誘導灯	有
	火災通報装置	有	スプリンクラー	有
	煙・熱感知器	有	排煙装置	有
災害備蓄品	事業者規定の防災・危機管理手順書を基に備蓄しています。			

17 その他運営に関する事項

事 項	有無	備 考
利用者親族等への連絡	有	・あらかじめ届けられた連絡先に連絡します。 ・事業所の「たより」を定期的を送付します。 ・イベント等開催の際はご案内を送付します。
記録の保存	有	サービス提供に関する記録を契約終了後5年間保存し、閲覧及び写しの交付が可能です。
賠償責任保険への加入	有	職員のサービスの提供に起因して発生した身体、財物の損害・人格権侵害等について賠償します。
職員研修	有	・事業者の運営活動計画及び事業所の年間予定を基に、介護技術・知識に関する階層別の研修を、年間を通し計画的に実施します。 ・必要に応じ、外部研修の受講を奨励します。 ・O J Tを随時行います。
使用マニュアル	有	・事業者規定の運営マニュアル・業務手順書・研修テキスト ・食品安全衛生管理基準書・防災、危機管理手順書等
使用契約書	有	利用契約書・重要事項説明書

18 ご利用に当たっての留意事項

ご利用・ 親族等の来訪	・発熱、嘔吐、下痢、咳等の症状がある場合、近親者の状況から感染症に罹患している可能性が高いと事業者が判断する場合、及び感染症の最終症状から保菌期間が経過していない場合は入館できません。 ・入館時には、手洗い、うがいを実施し、支障がない限り備え付けの消毒薬で手を消毒してください。また、必要に応じマスクを着用してください。 ・生物その他傷みやすい食品や金品等を利用者にお渡しする場合は、事前に職員に確認をしてください。 ・酒気を帯びた状態での入館は、原則としてお断りします。 ・親族間及び知人間等における、サービス提供に関係のない連絡事項・物品等の仲介はできません。
手荷物 の管理	手荷物につきましては、原則として入館時にお預かりします。個人的な日用品の買物等サービス利用中に必要となる少額の金銭を除き、貴重品につきましては持参しないようにお願いします。
設備・機器 の利用	事業所内の設備や機器は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用方法により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教・営利 ・政治活動	事業所内で他の利用者及び職員に対する宗教活動・営利活動・政治活動はご遠慮ください。
喫煙	喫煙は指定した場所をお願いします。
ペット持込	基本的にはペット類の持ち込みはできません。

贈答	利用料と関係のない金銭の贈答及び職員・他利用者個人への贈答は固くお断りします。
収入及び財産等の取扱い	利用者の収入及び利用者が権利を有する財産等につきましては、優先して利用料の支払いに充当するようお願いします。

19 相談・苦情の窓口

(1) 当事業所

長崎ケアハートガーデン グループホーム 小ヶ倉	窓口担当者：管理者（川上 忠昭） ：グループホーム南山手兼グループホーム小ヶ倉統括 ホーム長（小川さゆり） ご利用時間：毎日 9：00－18：00 ご利用方法：電話 095－898－5111 面接 相談室にて個別に対応
ケアハートガーデン 株式会社	所在地：〒850-0961 長崎市小ヶ倉三丁目76-27 窓口担当者：介護サービス課長（松田憲明） ご利用時間：平日 9：00－18：00 ご利用方法：電話 095-800-1963 面接 事業所相談室にて個別に対応

(2) 行政機関その他苦情受付機関

長崎県国民保険団体連合会	所在地：〒850-0025 長崎県今博多町8番地 2 ご利用方法：電話 095－826－7293 ：F A X 095－826－7325
長崎市すこやか支援課	所在地：〒850-8685長崎市魚の町4番1号 ご利用方法：電話 095-829-1146 ：F A X 095-829-1228
上記の他、ご担当のケアマネジャーにも相談できます。	

20 情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、介護サービス情報公表制度において公開しています。

情報公表先	介護サービス情報公表システム 介護事業所・生活関連情報検索「介護サービス情報公表システム」 (mhlw.go.jp)
-------	---

21 事業者の概要

名称・法人種別	ケアハートガーデン株式会社 ・ 営利法人
所在地	〒107-0052 東京都港区赤坂1-7-1 赤坂榎坂ビル11F

代表者	代表取締役 伊東 鐘賛
電話番号	03-5549-2600 (代表)
設立年月日	令和7年4月1日
定款の目的に定める主な事業	① 介護保険法に基づく居宅サービス事業、介護予防サービス事業、居宅介護支援事業、地域密着型サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業、日常生活支援総合事業および地域支援事業、並びにこれらに付随する研修事業 ② 老人福祉法に基づく有料老人ホーム事業 ③ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業 ④ 高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づくサービス付き高齢者向け住宅事業 ⑤ 終活支援事業 ⑥ 前各号に附帯または関連する一切の事業
ホームページ	https://www.careheart-garden.com/

22 重要事項の変更

本重要事項説明書の記載内容に変更が生じた場合は、当該変更内容に関する書面を交付し、変更内容の説明をします。

共用型認知症対応型通所介護及び共用型介護予防認知症対応型通所介護のご利用を申し込まれるにあたり、本重要事項説明書により、個人情報の取り扱いを含む重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 東京都港区赤坂1-7-1 赤坂榎坂ビル11F
 名 称 ケアハートガーデン株式会社
 (事業所番号 4290102203)

代表者名 代表取締役 伊東 鐘賛 印

説明者

所在地 長崎市小ヶ倉町 3 丁目 76-27
 名 称 長崎ケアハートガーデン デイサービス小ヶ倉
 氏 名 管理者 川上 忠昭 印

私は、本重要事項説明書により、当事業所の共用型認知症対応型通所介護及び共用型介護予防認知症対応型通所介護について個人情報の取り扱いを含む重要な事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名

印

利用者代理人

住所

氏名

印

本重要事項説明書について同意します。

親族代表者

住所

氏名

印

＊記名・押印がない場合は、利用者代理人が親族代表者を兼ねます。