# 鎌倉ケアハートガーデン湘南笛田
# 指定（介護予防）認知症対応型通所介護
# 重要事項説明書

1. 事業の目的

ケアハートガーデン(株)が開設する鎌倉ケアハートガーデン湘南笛田（以下、「事業所」という）が行なう指定（介護予防）認知症対応型通所介護の事業（以下、「事業」という）の適正な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者等（以下「介護職員等」という）が要支援状態又は要介護状態にある高齢者に対し適正な指定（介護予防）認知症対応型通所介護サービスを提供することを目的とする。

2. 運営の方針

（1）事業所の介護職員等は、認知症高齢者（要支援者又は要介護者）の心身特性を踏まえて、その有する能力に応じた機能維持および社会的孤立の軽減を図るとともに、家族負担の軽減を図ることができるように支援する。

（2）常に、家族等との情報交換・連携を図り、苦情などに対しては誠意を持って組織的な対応に努める。

（3）事業の実施に当たっては、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

（4）サービス提供にあたっては法にいう「身体的拘束・抑制」を排除し、利用者の個別状況を踏まえた工夫検討に努めるものとする。

3. 当社が提供するサービスについての相談窓口

| | |
|---|---|
| 電話番号 | 0467－38－1718 |
| 担 当 者 | 管理者：墨　二郎 |

※サービスについてご相談やご不満がある場合には、サービス提供の責任者にどんなことでもお寄せください。

4. 当社の概要

（1）事業者の指定番号およびサービス提供地域

| | |
|---|---|
| 事業所名 | 鎌倉ケアハートガーデン湘南笛田 |
| 所在地 | 神奈川県鎌倉市笛田 1-8-54 |
| 介護保険指定番号 | 1492100597 |
| 管理者・連絡先 | 墨　二郎　TEL　0467－38－1718 |
| 提供可能サービス | 指定（介護予防）認知症対応型通所介護 |
| サービスを提供する地域 | 鎌倉市深沢地区、腰越地区の一部 |

＊上記地域以外の場合でもご希望の方はご相談ください。

（2）当施設の概要

| | |
|---|---|
| 利用者定員 | 12名 |
| 食堂兼デイルーム | 41．54㎡ |
| 静養室 | 8．25㎡ |
| 浴室 | 6．2㎡（更衣室除く） |
| 送迎車 | 車椅子対応1台・軽自動車1台 |

（3）同事業所の職員体制

| 職種 | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 計 |
|---|---|---|---|---|
| 管理者 | 介護福祉士 | 1名（兼務） | ― | 1名（兼務） |
| 生活相談員 | 介護福祉士 | 1名 | 1 名 | 2 名 |
| 介護職員 | 訪問介護員 2 級以上 | － | 9 名 | 9 名 |

（令和 7 年 7 月 1 日現在）

（4）営業日および営業時間

| | |
|---|---|
| 営業日 | 下記の休業日を除く毎日 |
| 営業時間 | 8:30～17:15 |
| サービス提供時間 | 送迎時間を除く7時間 |
| 休業日 | 日曜日および12月29日～1月3日 |
| 緊急連絡先 | 0467－38－1718 |

（5）従事者の業務内容

| 職　種 | 業　務　内　容 |
|---|---|
| 管理者 | 管理者は、業務の管理を一元的に行ないます。 |
| 生活相談員 | 生活相談員は、利用者やその家族からの相談に応じると共に、利用の申込に係る調整や指定（介護予防）認知症対応型通所介護サービス計画の作成・統括を行ないます。 |
| 介護職員 | 介護職員は、入浴、排泄、食事などの日常的な心身のケアを行なうと共に、様々なグループワーク活動の企画・実施を通して利用者・家族の個別支援を行ないます。 |

5. サービスの内容

（1）「指定（介護予防）認知症対応型通所介護」は事業者が管理運営する施設において、利用者が自立した日常生活を営むことおよび利用者の家族の負担を軽減することを目標に、利用者に日常生活に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な介護、ならびに機能訓練等を行なうサービスです。

（2）事業者は次のサービス区分の中から指定の時間帯に応じて選択されたサービスを提供します。

【サービス内容区分内】

① 総合相談、② 介護サービス、③ 健康状態の確認、④ 送迎、⑤ 給食、⑥ 入浴
⑦ 諸行事・外出活動等、⑧ 生活リハビリおよびレクリエーション、⑨ その他

（3）サービスの提供およびサービス内容の詳細については、「指定（介護予防）認知症対応型通所介護計画書」に沿って計画的に提供し、利用者の希望を確認したうえで実施します。

6. サービス提供の記録等

（1）サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「指定（介護予防）認知症対応型通所介護記録書」等の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。

（2）事業者は一定期間ごとに（または1ヶ月ごとに）「指定（介護予防）認知症対応型通所介護計画書」等の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「指定（介護予防）認知症対応型通所介護記録書」等の記録を作成して、利用者に説明の上、提出します。

（3）事業者は前記の「指定（介護予防）認知症対応型通所介護記録書」その他の記録をその完結の日から5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、または実費負担によりその写しを交付します。

7. お申込からサービス提供までの流れと主な内容

（1）サービス開始の手続き

①お申込み
↓
②初回訪問・ご相談およびご希望の聞き取り
↓
③重要事項説明書および契約書の締結（契約開始）
↓
④担当の介護支援専門員による介護予防サービス計画又は居宅サービス計画の作成
↓
⑤介護予防サービス計画又は居宅サービス計画・指定（介護予防）認知症対応型通所介護計画に対するサービスご利用者の同意
↓
⑥サービスの開始

（2）サービス終了の手続き

①お客様のご都合でサービスを終了する場合

ご希望の14日前までにご連絡ください。

②事業者のやむを得ない事情がある場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

次の場合は、双方の同意がなくても、自動的にサービスを終了致します。

ⅰ．ご利用者が他の介護保険施設や医療施設に入所した場合

ⅱ．要介護認定区分が、非該当（自立）とみなされた場合

ⅲ．ご利用者がお亡くなりになった場合

④その他

ⅰ．当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者またはご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当センターが破産した場合、文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了させることができます。

ⅱ．ご利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、利用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、利用者が入院もしくは病気等により3ヶ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、またはご利用者やご家族等が当センターのサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

8．料金

（1）利用料金（「料金表」参照）

①交通費：前記4のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

通常の事業の実施地域を超えて行うサービス提供に関しては、次の基準で請求させていただきます。

ⅰ.公共の交通機関を利用した場合は実費

ⅱ.自社の車を利用した場合は4㎞を超える10㎞まで250円、15㎞まで375円、20㎞まで500円、25㎞まで625円、30㎞まで750円

②自己負担金は、原則として（2）の支払方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

③上記（「料金表」）の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合にて記載しています。

介護予防サービス計画書又は居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったんご利用者が利用料（10割り）を支払い、その後市区町村に対して保険給付分（7割～9割）を請求する事になります。

※介護保険対象外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、担当者、及び必要に応じ介護支援専門員から説明の上、ご利用者の同意を得ることになります。）

④レクリエーション費およびその他介護保険費に含まない利用料については、ご利用者個々の希望と選択に基づいて、費用を徴収いたします。

（2）支払方法

①毎月15日頃に前月分の請求書を発送いたします。

②ご指定の預金口座から自動引き落としをさせていただきますので、当社の所定の申込書にご記入の上ご提出願います。なお、申込をされた当月は事務手続きの関係上、自動引き落としが間に合わない場合がございます。この場合は、翌月まとめて引き落とさせていただきます。

③毎月27日頃に、自動で引き落としをさせていただきますので、それまでに、ご利用者各自の口座へご入金下さい。

※引き落とし日が土・日・祝日にあたる場合は、その翌日の引き落としとなります。

振込み手数料は当センターにて負担いたします。

（3）キャンセル料

緊急やむをえない場合（急な通院・入院）を除き、ご利用者の都合でサービスを中止する場合は次の通りです。

| 時　　期 | キャンセル料 |
|---|---|
| ご利用の前々日まで（但し、年始利用予定時は最終営業日までに連絡） | 無料 |
| ご利用日の前日18：00までに連絡をいただいた場合 | 昼食材料費相当分<br>290円 |
| 上記時間以降及び当日にキャンセルの連絡をいただいた場合 | 昼食材料費相当分<br>580円 |

（4）コピー代

サービス実施記録の複写物を請求した場合には、1枚につき10円を負担していただきます。

9. 健康上の理由による中止

（1）風邪、病気の際はサービスの提供をお断りする場合があります。

（2）当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合にはサービスの内容の変更または中止をする場合があります。

（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または医療機関その他関係機関に連絡を取る等必要な措置を講じます。

10. その他

社員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

11. 当社の指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業の特徴等

（1）運営の方針

①ご利用者お一人ずつのご希望に寄り添えるサービスを基本に支援いたします。
②昼食では、ご利用者個々の状態に合った献立・調理で見る楽しみ・食べ易さを追求した細やかな対応に努めます。
③入浴では、高齢者の心身状況に即した入浴設備の中、安全快適にお楽しみいただけるよう努めます。
④総合相談窓口では、介護保険認定の有無に関らず、すべてのあらゆるご相談をお受けいたします。
⑤緊急時には、携帯電話による連絡体制で、ご相談をお受けいたします。

（2）訪問調査実施概要等

| | |
|---|---|
| 相談場所 | ご利用者のご自宅、またはご利用者（またはその家族）が指定される場所 |
| | 当社の相談室 |
| 家族懇談会の実施 | 原則として6ヶ月に1度サービスに関する意見交換およびご家族間の親睦を兼ねた懇談会を催します。また、必要に応じてその都度随時実施いたします。 |
| 指定居宅介護支援事業者等との連携 | ケアマネージャー等との連携を密にし、常に提供するサービスの質の向上に努めていきます。 |

（3）サービス利用のために

| 事項 | 有無 | 備考 |
|---|---|---|
| 調査（課題把握）の方法 | ○ | 指定（介護予防）認知症対応型通所介護計画アセスメントによる |
| 介護職員等への研修実施 | ○ | 年2回　継続研修を実施します |
| 契約後、介護予防サービス計画及び居宅サービス計画の作成段階途中でご利用者のご都合により解約した場合の手数料 | × | 解約料は頂きません |

12. サービス内容に関する苦情

（1）事業所

当社の指定（介護予防）認知症対応型通所介護に関するご相談・苦情および介護予防サービス計画書又は居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

| 担当 | 電話番号 |
|---|---|
| 墨　二郎 | 鎌倉ケアハートガーデン湘南笛田　0467－38－1718 |

（2）その他

当社以外に、市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

| | |
|---|---|
| 鎌倉市 | 介護保険課介護保険担当　0467-23-3000 |
| 国民健康保険団体連合会 | 介護保険課介護苦情相談係　0570-022110（苦情専用） |

13. 秘密の保持

（1）当社は、業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密を厳守致します。

（2）当社は介護支援専門員その他事業者から、業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密が漏れることのないよう管理を徹底致します。

（3）当社は会議およびサービス事業者等との調整におきまして、ご利用者の個人情報を用いる場合には、あらかじめ、ご利用者または、そのご家族からの同意をいただきます。

14. 事故発生時の対応・緊急時の対応

（1）当社がご利用者に対して行なう指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業により事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、市区町村に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。

（2）サービスの提供を行っているときにご利用者に病状の急変が生じた場合、その他緊急事態が生じた場合には速やかに主治医、利用者の家族、市町村等への連絡を行い、必要な措置を講じます。

（3）当社がご利用者に対して提供しました指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業により、損害賠償をすべき事故が発生した場合には、当社諸規定等の定めに従い損害賠償を速やかに行ないます。

15. 当社の概要

| | |
|---|---|
| 事業者名称 | ケアハートガーデン株式会社 |
| 代表者役職・氏名 | 代表取締役　伊東　鐘賛 |
| 本社所在地・電話番号 | 東京都港区赤坂1－7－1　赤坂榎坂ビル11F<br>03－5549－2600 |

居宅サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。
本書を2通作成し、利用者および事業者が署名押印の上、それぞれ1通ずつ保有するものとします。

令和　　年　　月　　日

（説明場所）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（事 業 所）　所　在　地　　神奈川県鎌倉市笛田 1-8-54
名　　称　　ケアハートガーデン株式会社 鎌倉ケアハートガーデン湘南笛田

説明者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅サービスについての重要事項の説明を受けその内容に同意しました。

（利用者）

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

（家族または代理人）

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

（本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名・押印をし、それをもって契約開始となります）