

**「指定認知症対応型通所介護」
「指定介護予防認知症対応型通所介護」
重要事項説明書**

ビラあさやま

当事業所は介護保険の指定を受けています。

大田市指定 第 3270500048 号

当事業所はご利用者に対して指定認知症対応型通所介護サービス・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いたします。

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 大田市社会福祉事業団
法人所在地	大田市川合町川合 1081-2
電話番号	08548-82-7476
代表者氏名	理事長 田辺 智子
設立年月日	昭和 51 年 4 月 1 日

2. 事業所の概要

◎事業所の種類

指定認知症対応型通所介護事業所

許可日：平成 12 年 4 月 1 日

指定介護予防認知症対応型通所介護事業所

許可日：平成 18 年 4 月 1 日

大田市指定番号

第 3270500048 号

開設年月日

平成 7 年 2 月 1 日

事業所の名称	ビ ラ あ さ や ま
事業所の所在地	大田市朝山町朝倉 706-1
電話番号	0854-85-8553 (FAX 0854-85-7096)
管理者	所長 中隠居明子

◎事業所の目的

指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護は、介護保険法令に従い、ご利用者が、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生活機能、心身機能の維持、回復又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話、支援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、並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る事を目的とします。

◎事業所の運営方針

ご利用者の要支援、要介護状態となった場合においても、ご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、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、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援助、介護その他機能維持のための必要な援助を行います。

- ① 指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護の提供にあたっては、認知症対応型通所介護計画・介護予防認知症対応型通所介護計画（以下、認知症対応型通所介護計画等とする）に基づき、機能訓練及び日常生活を営む上で必要な援助・支援を行います。
- ② 指定認知症対応型通所介護従事者・指定介護予防認知症対応型通所介護従事者は、指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、ご利用者又はそのご家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明します。
- ③ 指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護の提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- ④ 指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護は、常にご利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等、機能訓練、入浴介助、食事介助その他必要なサービスを適切に提供します。

◎営業日等

通常の事業 の実施地域	大田市
営業日	月曜日から土曜日 (但し、1月1日から1月3日は休業)
営業時間 (サービス提供時間)	8:30~17:15 認知症対応型通所介護 (9:30~16:35) 介護予防認知症対応型通所介護 (9:45~15:30)
利用定員	12名

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定認知症対応型通所介護・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職員として、以下の職種の職員を配置しております。

職種	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1 名 (兼務)		従業員の管理、利用者の申し込みに係る調整、及び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。	1 名
生活相談員	6 名 (兼務)		通所介護計画書の立案、日常生活相談・指導業務を行います。	6 名
介護職員	9 名 (専務 1 名、 兼務 8 名)	6 名 (兼務)	必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	15 名
機能訓練指導員	4 名 (兼務)	2 名 (兼務)	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。	6 名
調理員	2 名 (兼務)		ご利用者の食事の提供を行います。	2 名

4. 当事業所が提供するサービスの内容と利用料金

◎提供するサービスの内容

- ① 認知症対応型通所介護計画等の作成
- ② ご利用者居宅への送迎
- ③ 健康状態の確認及び日常生活上の介護、支援（食事の提供及び介助、入浴の提供及び介助・排泄介助等）
- ④ 機能訓練（日常生活動作・レクリエーションを通じた訓練等）
- ⑤ 生活等に関する相談及び助言
- ⑥ その他（レクリエーション、創作活動など）

◎サービス利用料金

(1) 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護

料金表によって、ご契約者の要介護度に応じてサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。(自己負担額は、要介護度及び介護保険負担割合証に記載されている負担割合(1割又は2割、3割)に応じて異なります。) 別紙のとおり

①入浴介助加算

全身浴、全身シャワー浴を行った場合に算定されます。

②個別機能訓練加算

機能訓練指導員によりご利用者の心身の状態に応じた訓練を実施した場合に算定されます。

③サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護職員の総数のうち介護福祉士資格者が70%以上占める場合、又は勤続年数が10年以上の介護福祉士が25%以上の事業所に算定される加算です。

④介護職員処遇改善加算

介護職員の処遇の向上を図るための加算です。1円未満の単数処理が四捨五入により変動しますのでご了承ください。

⑤ADL 維持等加算

重度化防止につながるサービスの提供を推進するため、評価期間の中で、ADL(日常生活動作)の維持または改善の度合いが一定の水準を超えている場合に算定されます。

(2) その他(認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

①ご利用者がまだ要介護認定・要支援認定の申請をしていない場合には、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。要介護・要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます場合があります(償還払い)。料金を全額お支払いいただいた場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となるサービス内容、その他必要と認められた費用額を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

②介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

③介護保険給付の区分支給限度基準額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の金額を、ご負担いただくことになります。

④給付制限に該当される方については、サービス利用料金の全額をお支払いいただく場合があります。

⑤「社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度」事業を行っています。詳しくは大田市役所へお問い合わせください。

⑥送迎を実施しない場合(ご利用者が自ら通う場合、ご家族が送迎を行われる場合などの送迎を行わない)は利用料金の減算対象となります。

◎介護保険の給付からではないもの

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担になります。

(1) サービスの概要と利用料金

① 食事の提供(食事の提供に要する費用)

ご利用者に提供する食事の費用 一食 650円

② 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものに関する費用を負担していただく場合があります。

◎利用料金のお支払い方法

サービス利用料金は、毎月 10 日頃までに前月分のご請求をしますので、20 日までに下記の方法でお支払い下さい。

☆金融機関口座からの自動引き落とし（山陰合同銀行、JA 石見銀山）

・手数料は事業所負担

◎利用の中止、変更

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合はサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

サービス利用の変更・追加の申し出に対し、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

5. 虐待の防止

事業所は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(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	所長 中隠居明子
-------------	----------

(2) 成年後見制度のご利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 虐待の防止を啓発・普及するための研修を職員に対し実施します。

6. サービス利用にあたっての留意事項

①サービスの利用にあたって、ご利用者又はそのご家族は、通所当日のご利用者本人の心身の状況を事業所の従事者に申し出てください。

②機能訓練室における機能訓練設備の利用の際には、必ず機能訓練指導員等の下で

行い、ご利用者が単独で機能訓練を行われる場合には、事前に機能訓練指導員等の許可を得て下さい。

③事業所内での金銭及び食物等のやり取りは、ご遠慮ください。

④職員に対する贈物や飲食のもてなしはお受けできません。

⑤前項に掲げるもののほか、当該事業所のご利用にあたっては、事業所の職員の指示に従ってください。

7. 業務継続に向けた取り組み

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービスが受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、常に関係機関と連絡を密にし、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

8. 非常災害対策

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及職員等の訓練を行います。

9. 緊急時の対応方法

ご利用者の急な体調変化、転倒などの事故その他緊急を要する場合、主治医に連絡を行い、医師の指示を仰ぎ、その指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。緊急止むを得ないと判断されるときは事業所の方で救急車等による搬送を要請します。

尚、当日健康状態がすぐれずサービス提供が困難と判断される場合は、ご家族等関係者に連絡の上、自宅等にお帰りいただく場合があります。

10. 衛生管理

事業所は、感染症の発生及びまん延を防止できるよう、次の措置を講じます。

- (1) 感染症対策委員会を開催し、周知徹底を図ります。
- (2) 感染症及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 感染症及びまん延防止のための職員に対する研修及び訓練を実施します。

11. その他運営に関する留意事項

◎事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

◎守秘義務に関する対策

事業所は、ご利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、決して第三者に漏らすことはありません。ご利用終了後も同様です。

サービス担当者会議などにご利用者やそのご家族の情報を使用するには、ご利用者及びそのご家族の同意が必要となりますので、別に作成する同意書に記入、押印いただくことになります。

◎ご利用者の尊厳

ご利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

◎身体拘束の禁止

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前にご利用者及びそのご家族へ十分な説明を行い、同意を得ると共に、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

◎苦情の受付け

提供した認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護に係るご利用者、ご家族からの苦情や相談については、次の窓口にて迅速かつ適切に対応いたします。

[苦情解決責任者]

法人は、大田市社会福祉事業団
事業所は、ビラあさやま

事務局長	林 治彦
所長	中隠居明子

[苦情受付担当者]

法人は、大田市社会福祉事業団
事業所は、ビラあさやま

事務局次長	山内祐樹
係長	清水めぐみ

[苦情受付時間・受付日]

	大田市社会福祉事業団	ビラあさやま
受付時間	8 : 30 ~ 17 : 15	8 : 30 ~ 17 : 15
受付日	月曜日から金曜日 (但し国民の祝日及び12月29 日から1月3日は休業)	月曜日から土曜日 (1月1日から1月3日は休業)
電 話	0854-82-7476	0854-85-8553

[第三者委員] <受付時間 : 平日 8 : 30 ~ 17 : 00>

松井 功 (本法人理事)

<連絡先 0854-82-4094>

宇谷 裕子 (本法人評議員)

<連絡先 0854-82-1833>

[その他の苦情受付機関]

島根県社会福祉協議会 運営適正化委員会	〒690-0011 島根県松江市東津田町 1741-3 島根県社会福祉協議会	0852-32-5913(直通) 平日 (8 : 30 ~ 17 : 00)
島根県国民健康保険団体 連合会介護保険事業課	苦情相談窓口	0852-21-2811 平日 (9 : 00 ~ 17 : 00)
大田市役所	健康福祉部介護保険課 介護保険係	0854-83-8063 平日 (8 : 30 ~ 17 : 15)

◎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	無
-------	---

「指定認知症対応型通所介護」「介護予防認知症対応型通所介護」サービスの提供に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

ビラあさやま

説明者職氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け同意しました。

ご利用者

住所

氏名

印

ご家族

住所

氏名

印

続柄