

認知症対応型通所介護 重要事項説明書

公益財団法人正光会
デイサービスセンター結い

〒798-4131 愛媛県南宇和郡愛南町城辺甲2934番地

TEL 0895-72-2716

FAX 0895-72-2726

公益財団法人正光会^{しょうこうかい}デイサービスセンター結い

重要事項説明書

《令和6年 6月 1日現在》

1 ・サービス提供責任者

職氏名 管理者 松田 優理

・当事業所が提供するサービスについての相談窓口

職氏名 生活相談員兼介護職員 久徳 菊恵

受付時間 月曜日～日曜日 午前9時30分から午後6時

※ご不明な点がありましたら、遠慮なくお尋ねください

2 事業者及び事業所の概要

(1) 事業者

| | |
|-----|-----------------|
| 名称 | 公益財団法人正光会 |
| 代表者 | 理事長 渡部三郎 |
| 所在地 | 愛媛県宇和島市柿原1280番地 |
| 連絡先 | 0895-22-3900 |

(2) 事業所

| | |
|-----------|-------------------------------|
| 名称 | デイサービスセンター結い |
| 管理者 | 松田優理 |
| 所在地 | 愛南町城辺甲2934番地 |
| 連絡先 | 0895-72-2716 |
| サービスの種類 | 認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業 |
| 介護保険事業所番号 | 3894000052 |
| サービス提供地域 | 愛南町 |

(3) 事業所の職員体制

| 職名 | 配置 | 業務内容 |
|-----------------|-------------|------------------------|
| 管理者 | 1人(常勤) | 業務管理総括 |
| 生活相談員 | 1人以上(非常勤含む) | 利用者・家族の日常生活相談 |
| 看護職員 または介護職員 | 2人以上(非常勤含む) | 利用者の健康管理、 日常生活介護・助言 |
| 機能訓練指導員 | 1人以上(非常勤含む) | 日常動作訓練 |

(4) 事業所の設備概要

| | | | | | |
|---------------|------------------------------|-----|----|-----|----|
| 定員 | 12名 | 相談室 | 1室 | 送迎車 | 4台 |
| 食堂及び 機能訓練室 | 2室 (51.61m ²) | 静養室 | 1室 | | |
| 浴室 | 一般浴槽 | 事務室 | 1室 | | |

(5) サービスの提供日及び営業時間

営業日 月曜日から日曜日（但し、年末12月29日から年始1月3日までを除く）

サービス提供時間 午前10時から午後5時

3 サービス内容

(1) 認知症対応型通所介護

- ①生活指導（心身機能の維持、向上について助言・援助をします。）
- ②機能訓練（利用者の在宅における自立、状況の改善等を目標に援助します。）
- ③集団プログラム（レクリエーション内容に利用者の趣味、学習活動を提供します。）
- ④健康チェック（家族、主治医の意見を参考にして看護職員が健康管理に努めます。）
- ⑤送迎（家屋構造、利用者の身体状況等勘案し車の乗降の安全な援助に努めます。）
- ⑥食事（食事療法の有無、内容、利用者の嗜好等考え合わせて提供します。）
- ⑦入浴（身体状況を観察しながら、利用者に満足して貰えるよう援助します。）
- ⑧排泄介助（居宅における介護の情報をいただきながら自立を目標に支援します。）

(2) 介護予防認知症対応型通所介護

- ①生活指導（見守りを主とし、自立に向けた心身機能の改善に助言・援助します。）
- ②機能訓練（回想法や音楽療法または園芸療法などの手法により趣味・学習活動を援助し、健康体操等により身体機能の改善に努めます。）

尚、③～⑧は、(1)と同様とする。

4 利用料金

(1) 保険給付内サービス料金

- ① 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護利用の利用料・利用者負担額
(10:00～17:00送迎時間を除く) (単位:円/日)

| サービス提供区分 (提供時間帯) | 要介護度 | 介護報酬額 (10割) | 利用者負担額 | | |
|---------------------|------|----------------|--------|-------|-------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 3時間以上 4時間未満 | 要支援1 | 4,750 | 475 | 950 | 1,425 |
| | 要支援2 | 5,260 | 526 | 1,052 | 1,578 |
| | 要介護1 | 5,430 | 543 | 1,086 | 1,629 |
| | 要介護2 | 5,970 | 597 | 1,194 | 1,791 |
| | 要介護3 | 6,530 | 653 | 1,306 | 1,959 |
| | 要介護4 | 7,080 | 708 | 1,416 | 2,124 |
| | 要介護5 | 7,620 | 762 | 1,524 | 2,286 |
| 4時間以上 | 要支援1 | 4,970 | 497 | 994 | 1,491 |

| | | | | | |
|----------------|------|--------|-------|-------|-------|
| 5時間未満 | 要支援2 | 5,510 | 551 | 1,102 | 1,653 |
| | 要介護1 | 5,690 | 569 | 1,138 | 1,707 |
| | 要介護2 | 6,260 | 626 | 1,252 | 1,878 |
| | 要介護3 | 6,840 | 684 | 1,368 | 2,052 |
| | 要介護4 | 7,410 | 741 | 1,482 | 2,223 |
| | 要介護5 | 7,990 | 799 | 1,598 | 2,397 |
| 5時間以上 6時間未満 | 要支援1 | 7,401 | 741 | 1,482 | 2,223 |
| | 要支援2 | 8,280 | 828 | 1,656 | 2,484 |
| | 要介護1 | 8,580 | 858 | 1,716 | 2,574 |
| | 要介護2 | 9,500 | 950 | 1,900 | 2,850 |
| | 要介護3 | 10,400 | 1,040 | 2,080 | 3,120 |
| | 要介護4 | 11,320 | 1,132 | 2,264 | 3,396 |
| | 要介護5 | 12,250 | 1,225 | 2,450 | 3,675 |
| 6時間以上 7時間未満 | 要支援1 | 7,600 | 760 | 1,520 | 2,280 |
| | 要支援2 | 8,510 | 851 | 1,702 | 2,553 |
| | 要介護1 | 8,800 | 880 | 1,760 | 2,640 |
| | 要介護2 | 9,740 | 974 | 1,948 | 2,922 |
| | 要介護3 | 10,660 | 1,066 | 2,132 | 3,198 |
| | 要介護4 | 11,610 | 1,161 | 2,322 | 3,483 |
| | 要介護5 | 12,560 | 1,256 | 2,518 | 3,768 |
| 7時間以上 8時間未満 | 要支援1 | 8,610 | 861 | 1,722 | 2,583 |
| | 要支援2 | 9,610 | 961 | 1,922 | 2,883 |
| | 要介護1 | 9,940 | 994 | 1,988 | 2,982 |
| | 要介護2 | 11,020 | 1,102 | 2,204 | 3,306 |
| | 要介護3 | 12,100 | 1,210 | 2,420 | 3,630 |
| | 要介護4 | 13,190 | 1,319 | 2,638 | 3,957 |
| | 要介護5 | 14,270 | 1,427 | 2,854 | 4,281 |
| 8時間以上 9時間未満 | 要支援1 | 8,880 | 888 | 1,776 | 2,664 |
| | 要支援2 | 9,910 | 991 | 1,982 | 2,973 |
| | 要介護1 | 10,260 | 1,026 | 2,052 | 3,078 |
| | 要介護2 | 11,370 | 1,137 | 2,274 | 3,411 |
| | 要介護3 | 12,480 | 1,248 | 2,496 | 3,744 |
| | 要介護4 | 13,620 | 1,362 | 2,724 | 4,086 |
| | 要介護5 | 14,720 | 1,472 | 2,944 | 4,416 |

※1日の利用が2時間以上3時間未満の場合は、4～5時間利用料の63%に相当する金額をいただきます。

※ご利用時間及び要介護度により料金が決定します(6～7時間利用を基本としています)。

※算定対象時間が9時間以上10時間未満の場合は50単位を、10時間以上11時間未満の場合は100単位を、11時間以上12時間未満は150単位を、12時間以上13時間未満は200単位を、13時間以上14時間未満は250単位を所定単位数に加算します。

② 若年性認知症受入加算

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に加算されます。

※若年性認知症受入加算の対象の方は、45歳以上65歳未満の認知症の診断を受けている方です。

1日あたり 600円

自己負担額については、介護保険負担割合証の負担割合分（1割または2割または3割）に応じた料金を負担いただきます。

③ 入浴介助加算（I）

入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う場合に加算されます。

1日あたり 400円

自己負担額については、介護保険負担割合証の負担割合分（1割または2割または3割）に応じた料金を負担いただきます。

④ サービス提供体制強化加算II

事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上である場合に算定します。

1日あたり180円

自己負担額については、介護保険負担割合証の負担割合分（1割または2割または3割）に応じた料金を負担いただきます。

⑤ 介護職員等処遇改善加算IV

所定単位数に1000分の122を乗じた単位数を算定します。

(2) 保険給付外サービス利用料金

① 食費

食事代500円（昼食代400円、おやつ代100円）

② おむつ代等

自己負担となります。

③ その他

レクリエーション及び事業所外活動にかかる費用（ガソリン代、入園料等）はご負担いただくこともあります。

(3) 料金のお支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、25日までに現金か口座振替、口座振込でお支払い下さい。但し、口座振替によりお支払いの場合、25日が休日の場合は、指定した金融機関の翌営業日となります。利用料金のお支払いを受けたときは、領収書を発行いたします。

銀行振込先口座

伊予銀行 愛南支店 普通 1561475

こうえきざいだんほうじんしょうこうかいでいさーびすせんたーゆい
公益財団法人正光会デイサービスセンター結い

※ 口座振込の場合の振込手数料は、利用者の負担となります。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話でお申し込み下さい。当事業所の管理者が相談に応じます。居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

やむをえない事情により、サービスを終了させていただく場合がございます。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知いたします。

①自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者様が介護保険施設に入所された時
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護状態区分が、非該当（自立）と認定された場合。

②その他

- ・当事業所が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
- ・利用者様やご家族様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・当事業所が解散した場合
- ・利用者様が、利用料金の支払いを6ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、支払わない場合。
- ・利用者様、ご家族様が当事業所や当法人の従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。

(3) よりよいサービス提供のために定期的に以下を検討し、改善に努めます。

- ・利用者様、ご家族様の満足度
- ・サービスと利用者様の意向との差がないか。
- ・利用者様のニーズとサービスの差がないか。
- ・自立度、介護度等利用者様の状況の改善度

6 守秘義務

(1) 職員および事業者が、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) 事業所は、【利用者の個人情報取扱いについて】及び関係法令、ガイドライン等に基づいて利用者及びその家族の個人情報を管理します。また、使用する個人情報は、別紙、利用目的以外のものは使用いたしません。

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変更があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡をいたします。

| | | | |
|-----|-----------|-----|-----|
| 主治医 | 医療機関（主治医） | | |
| | 連絡先 | 住所： | 電話： |
| ご家族 | 氏名 | | |
| | 連絡先 | 住所： | 電話： |

8 地域との連携について

(1) 当事業所では、認知症対応型通所介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、運営推進会議を設置しています。

(2) 運営推進会議の内容

構成：利用者、利用者家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、認知症対応型通所介護について知見を有する者等

開催：6ヶ月に一回開催

記録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成し、公表します。

9 サービスに対する苦情

(1) 当事業所苦情担当

公益財団法人正光会デイサービスセンター結い

愛南町城辺甲2934番地

苦情受付担当者： 久徳 菊恵（生活相談員・介護職員）

苦情解決責任者： 松田 優理（管理者・生活相談員）

電話 0895-72-2716

FAX 0895-72-2726

(2) その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

① 愛南町 愛南町城辺甲2420番地

愛南町高齢者支援課

電話 0895-73-7125 FAX 0895-73-7009

② 愛媛県 松山市高岡町 101-1

愛媛県国民健康保険団体連合会

電話 089-968-8700 FAX 089-965-3800

1 0 事故発生時の対応方法について

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、主治医、利用者の家族、指定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。
- (2) 利用者に対するサービスの提供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。
- (3) 事故発生の場合は、その事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (4) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

1 1 虐待の防止について

事業所は、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、下記の対策を講じます。

- (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：管理者 松田 優理
- (2) 苦情解決体制を整備しています。
- (3) 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。
- (4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。
- (5) 虐待を受けた利用者を発見するように努めるとともに、発見した場合は、速やかに、市町村に通報します。
- (6) 成年後見制度の利用を支援します。

1 2 非常災害時の対策

災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、日常的に具体的な対処方法、避難経路等の防災計画を定め、年 2 回以上の防災避難訓練を利用者とともに実施致します。その際に地域住民にも参加が得られるよう努め、非常災害時に避難する際の対策を確認します。

防火管理責任者：公益財団法人正光会看護小規模多機能型居宅介護事業所アロハ
管理者 石川 みき

- ・自動火災報知器
- ・非常通報装置
- ・ガス漏れ探知機
- ・非常用照明
- ・誘導灯
- ・消火器

1 3 身体拘束等の禁止について

事業所は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、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と考えられる時は、利用者及び家族に説明し同意を得た上で、下記事項に留意して、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。

- (1) 切迫性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者または他の利用者等の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

- (2) 非代替性……身体拘束その他の行動制限を行う以外に、利用者本人または他の利用者の生命・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
ます。
- (3) 一時性……身体拘束その他の行動制限が、一時的な場合に限り
ます。

1 4 衛生管理

事業所は、利用者の使用する他設備及び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ずるとともに、衛生管理等に必要な機械器具の管理を適正に行います。

1 5 感染症・食中毒の防止等に関する取組

- (1) 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止を検討する委員会の設置等を実施しています。
- (2) 従業者に対する感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施しています。
- (3) 利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用は出来ません。

1 6 ハラスメント対策について

- (1) ハラスメントは、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、マタニティハラスメントをいいますが、個人の人格や尊厳を侵害する言動を繰り返し行い、精神的・身体的苦痛を与える行為や労働条件に関して不利益を与える行為または職場環境を悪化させたりするような行為すべてをハラスメントといいます。
- (2) 相談及び苦情窓口を設け、情報の取り扱いに十分注意します。
- (3) 被害者に不利益にならない取組を行い、方針の明確化等の必要な措置を講じて再発防止に努めます。
- (4) 対象は職員、関係団体職員、利用者及び家族への行為も含まれます。

1 7 提供するサービスの第三者評価の実施状況

| | |
|-------------|--|
| 実施の有無 | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 |
| 実施した直近の年月日 | 年 月 日 |
| 実施した評価機関の名称 | |
| 評価結果の開示状況 | |

1 8 その他、利用に当たっての留意事項

- (1) 何らかの理由で送迎時間に変動があった場合は、速やかに連絡いたしますが、利用日には準備を早めをお願いします。
- (2) 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容の変更または中止す

ることがあります。

- (3) 時間変更の際、居宅介護支援事業所の担当者に連絡し、当事業所へご連絡下さい。
- (4) 事業所内の設備や器具は、本来の用途に従ってご利用下さい。
- (5) 緊急時に連絡が取れるよう、連絡先が変更の場合は、速やかにお知らせ下さい。

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面の写しを交付し、重要事項を説明いたしました。

交付・説明日令和 年 月 日

事業者

所在地 愛媛県宇和島市柿原1280番地

名称 公益財団法人正光会 理事長 渡部 三郎 印

事業所

所在地 愛媛県南宇和郡愛南町城辺甲2934番地

名称 公益財団法人正光会 デイサービスセンター結い

作成及び 説明者 管理者 松田 優理 印

私は、本書面の写しを交付され、事業所から認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護の重要事項の説明を受け、同意いたしました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

代理人 住所

氏名 印