

重要事項説明書（認知症対応型通所介護）

あおぞらスローライフデイサービス

当事業者が提供する通所介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

| | |
|------------|--------------------|
| 事業者の名称 | 医療法人社団瑞芳会石垣内科医院 |
| 主たる事務所の所在地 | 静岡県浜松市中央区中野町1217番地 |
| 電話番号 | 053-421-0057 |
| 法人の種別及び名称 | 医療法人社団瑞芳会石垣内科医院 |
| 代表者職 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 石垣 征一郎 |

| | |
|------------|-------------------|
| 事業所の名称 | あおぞらスローライフデイサービス |
| 事業所の所在地 | 静岡県浜松市中央区大蒲町74-6 |
| 介護保険事業所番号 | 2297100196 |
| 指定年月日 | 平成 19年 8月15日 |
| 交通の便 | バス停 大蒲西 すぐ |
| 通常の事業の実施地域 | 浜名区の一部と天竜区を除く浜松市内 |

2 事業者の職員の概要

| 職 種 | 資 格 | 員 数 | 勤 務 の 体 制 | |
|---------|---------|-----|-----------|--------|
| 管理者 | 介護支援専門員 | 1人 | 常勤 | 1人 |
| 生活相談員 | | 2人 | 常勤 | 2人 |
| 機能訓練指導員 | 看護師 | 2人 | 常勤 1人 | 非常勤 1人 |
| 看護職員 | | 2人 | 常勤 1人 | 非常勤 1人 |
| 介護職員 | | 4人 | 常勤 1人 | 非常勤 3人 |

3 通所介護施設の概要

| | |
|-----------|---|
| 定員 | ○認知症対応型 12人（1単位） |
| 食堂及び機能訓練室 | 48 m ² |
| 浴室 | ○一般浴槽あり（共用） ○特殊浴槽あり（共用） |
| その他の設備 | ○静養室 18.93 m ² （共用） ○相談室 13.36 m ² （共用） ○送迎車 1台 |

4 サービスの提供時間

| | |
|---------|-----------------------------|
| 平日 | 認知症対応型 9：45～16：00 |
| 土・祭日 | 認知症対応型 9：45～16：00 |
| 営業をしない日 | 12月31日～1月3日と8月13日～8月15日と日曜日 |

5 認知症対応型通所介護の運営の方針

一人一人の尊厳を大切にし、認知症である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家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

6 利用料金

- (1) 当事業者の通所介護の提供(介護保険適用部分)に際しあなたが負担する利用料金は、負担割合証に応じてのご負担です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本料金－5時間以上6時間未満の場合

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-----|--------|--------|---------|---------|---------|
| 単独型 | 8,726円 | 9,662円 | 10,577円 | 11,512円 | 12,458円 |

- 短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払は受けられません。
- この他、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第126号)に規定される機能訓練指導、食事、送迎又は入浴(特別入浴)を受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。

| | |
|--------------------------|----------------|
| 入浴介助 | 406円 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ (介護予防含む) | 所定単位数の174/1000 |

| | |
|-------------------|--------|
| 予防認知通所介護要支援1 | 7,536円 |
| 予防認知通所介護要支援2 | 8,421円 |
| サービス提供体制加算Ⅲ | 60円 |
| 予防認知通所サービス提供体制加算Ⅲ | 60円 |

※ 地域区分が「7級地」のため、10円を10.17円として計算いたしますので円単位において誤差が生じる場合がございます。

(2) その他の費用

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する費用、食費、おむつ代等、その他日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

昼食代（おやつ代等含む） 990円

衛生材料費（おしぼり代等） 1回 80円

（必要とされない方は、衛生材料費（おしぼり代等）の提供を控えることができます。

紙おむつ代 100円

(3) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月10日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、17日までに支払ってください。支払方法は、口座振替とし、現金集金の中からお契約の際に選んでください。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により当日の通所介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

| | |
|---------------------------|------|
| ご利用日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご利用日の当日の午前9時までにご連絡いただいた場合 | 300円 |
| ご利用日の当日の午前9時までにご連絡がなかった場合 | 500円 |

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、浜松市の窓口へ提出して差額の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の通所介護の内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の管理者が通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に

居宅介護支援事業者にご相談ください。

(2) サービスの終了

ア あなたのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の10日前までに文書で申出てください。

イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合

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あります。この場合は、サービス終了日の10日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
- ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合
- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・あなたがサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- 体調の確認：来所時の体温・血圧の測定実施
- 利用時間の変更： 利用日の前日午後5時までに連絡
- 利用時間の延長： 利用日の前日午後5時までに連絡
- 設備、器具の利用：本来の用法に反して破損させた場合は賠償していただくことがあります。
- 転倒等の事故が起きないように十分配慮してまいります。不測の事態が起こる場合がございます。事故が起きた場合は原因・経過を明らかにしてまいります。
- 携帯電話のご利用はご遠慮ください。

9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

内 容：送迎 各種車椅子対応の車にて送迎します。
機能訓練 看護師による機能訓練
入浴 一般浴槽・特殊浴槽による入浴
食事 栄養士の立てた献立により、栄養と身体状況に配慮した食事提供
生活相談 8：30～17：30まで
その他

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。

- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

1 0 緊急時の対応方法

通所介護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

| | | |
|-------|-----|--|
| 主治医 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

1 1 非常災害対策

| | |
|-----------|--|
| 非常時の対応 | 別途定める「消防計画」にて対応する。 あおぞらライフ全体の組織にて非常事態にあたる。 |
| 近隣との協力関係 | 地元自治会との連携に努める。 |
| 平常時の防災訓練等 | 年2回の非難訓練を実施 |
| 防災設備 | 自動火災報知器・誘導等 ガス漏れ報知器・屋内消火器 |
| 消防計画 | 消防署への届出：平成31年 4月 22日 防火管理者：磯部 哲也 内 容：別途 添付 |

1 2 苦情処理

あなたは、当事業者の認知症対応型通所介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 柘植 博行
電話番号 053-411-3600

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口にて苦情を申立てることができます。

| | |
|-------------|----------------------------|
| 市町村 | 担当窓口 中央福祉事業所長寿支援課 東行政センター内 |
| | 電話番号053-424-0184 |
| | |
| 国民健康保険団体連合会 | 担当窓口 国保連静岡事業部介護保険課 |
| | 電話番号054-253-5590 |

1 3 虐待の防止

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) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (3) 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。
- (4) 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。

1 4 身体拘束

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、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることについて留意して、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。

1 5 衛生管理等

施設、食器その他送迎車両を含む設備又は飲用に供する水等について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じ、また、感染防止対策委員を設置します。

- (1) 感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所等の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (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ひと月に1回程度開催するとともに、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を定期的実施します。

1 6 業務継続計画の策定等について

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地域密着型通所介護及び指定介護予防通所サービス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。

- (1) 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。
- (2) 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。

1 7 地域との連携について

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。

- (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サービス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、認知症対応通所介護及び介護予防認知症対応型通所サービスに

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。

- (2) 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。

令和 年 月 日

(事業者)

認知症対応型通所介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県浜松市中央区大蒲町74-6 _____

名称 あおぞらスローライフデイサービス _____

説明者 _____ 印

(利用者)

この説明書により、認知症対応型通所介護に関する重要事項の説明を受けました。

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印