

【介護予防認知症対応型通所介護】

ふじの里デイサービスルーム

## 重要事項説明書

### ○ 事業主体概要

法人名	株式会社 江陽 （平成15年9月24日設立）
本社所在地	〒023-0171 奥州市江刺田原字大日195番地 1
電話・FAX	電話0197-31-2105 FAX 0197-31-2106
代表者氏名	代表取締役 及川 健
運営事業所	グループホームふじの里 （指定事業所番号 0391500154） ふじの里デイサービスルーム（指定事業所番号 0391500162） 〒023-1762 奥州市江刺藤里字平37番地 2 電話 0197-39-2877 FAX 0197-39-2879 江陽居宅介護支援事業所 （指定事業所番号 0371200353） デイサービスセンター大日 （指定事業所番号 0371200379） グループホーム花の家 （指定事業所番号 0371200387） 〒023-0171 奥州市江刺田原字大日195番地 1 電話 0197-31-2105 FAX 0197-31-2106

### ○ 事業所概要

名称	ふじの里デイサービスルーム（指定事業者番号0391500162）
所在地	〒023-1762 奥州市江刺藤里字平37番地 2
連絡先	電話0197-39-2877 FAX0197-39-2879
利用定員	12名（単独型認知症対応型通所介護を含む）
併設事業所	グループホームふじの里 定員18名 （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）
事業の目的	要支援状態となった場合においても、その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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

運 営 方 針	<p>1 事業所において提供する介護予防認知症対応型通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。</p> <p>2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護予防認知症対応型通所介護計画（以下「ケアプラン」という。）を作成することにより、利用者が必要とする適切な介護予防認知症対応型通所介護サービス（以下「サービス」という。）を提供する。</p> <p>3 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。</p> <p>4 適切な介護技術をもってサービスを提供する。</p> <p>5 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。</p>
---------	---

## ○実施地域及び営業日・営業時間

実 施 地 域	奥州市江刺地域 但し事業者が必要と認めた場合は地域を超えて実施できる。
営 業 日	月曜日～金曜日
休 業 日	土・日・祝日、盆期間（8/13～8/16） 年末年始（12/29～1/3） 及び事業者が必要と認めた日
営 業 時 間	9：45 ～ 16：00

## ○サービスの内容

食 事 の 提 供	昼食及びおやつの提供
介 護	入浴・排泄・食事・移動・更衣・整容等の介助、その他必要な見守り
健 康 管 理	血圧・脈拍・体温等の測定を行います。また、毎月1回体重測定を実施します。
送 迎	事業所とご自宅の間を送迎致します。
レク活動・行事	各種レク活動・季節行事を企画実施します。内容によっては事前にご了解を得て別途費用のご負担を頂く場合があります。

## ○職員の職種及び員数、その職務内容

職 名	員 数	職 務 内 容
管 理 者	1 名	事業所と職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生 活 相 談 員	1 名以上	事業所に対するサービスの利用申し込みに係る調整、ケアプランの作成等を行うとともに、利用者の日常生活上の支援を行う。
看護職員又は 介護職員	2名以上	利用者に対し、必要な日常生活全般にわたる生活支援を行う

機能訓練指導員	1名	利用者が日常生活を営むのに必要な心身機能の減退を防止するための訓練の指導及び利用者の日常生活上の支援を行う。
---------	----	--

## ○ サービス開始に当たっての留意事項

以下全ての要件を満たしている必要があります

要件 1	要支援 1 または要支援 2 の認定を受けていること
要件 2	医師より認知症の診断を受けていること。
※備 考	1) サービス開始後、要件 1、2 に該当しなくなった場合は利用できません。 2) 認知症症状の増悪により、自傷他害行為等が見られた場合は利用できなくなる場合があります。

## ○ サービスの流れ

サービス開始時	担当介護支援専門員から提示された介護予防サービス・支援計画書並びにサービス担当者会議にて確認させて頂いた利用者様の状況並びに希望を踏まえたケアプランを作成し、利用者様、ご家族様から同意を得た上でサービス開始となります。
ケアプランの変更	担当介護支援専門員が介護予防サービス・支援計画書の内容を変更した場合、また、利用者様の状態が変化しケアプランの変更が必要となった場合また、利用者様、御家族様からケアプランの変更を申し出られた場合は、ケアプランを変更し、改めて同意を頂くこととなります。
モニタリング	ケアプランに基づいて提供されている各種サービスについては、定期的にその実施状況について評価し、必要に応じてケアプランの修正・変更を加えていきます。
その他	ケアプラン並びにサービス提供に関する記録等については、利用者の求めがあれば、これを開示します。

## ○ サービス利用に当たっての留意事項

利用開始に当たり	主治医からの指示事項や当日の健康状態等については担当職員にお話しいただいた上でサービスをご利用ください。
送 迎 時 間	朝は8：00頃事業所を出発し皆様のお宅へ廻ります。ご自宅への到着時間は、前後の利用者様の都合等で変わることがありますのでご自宅でお待ちください。夕方は16：00頃にセンターを出発し皆様のお宅を廻ります。冬期間は道路事情により、送迎時間のずれが生じることがあります。

金銭貴重品の管理	原則として貴重品・金銭の持ち込みはご遠慮願います。万が一持ち込まれた場合で、申し出があれば事務所で保管することもできます。利用者同士の金銭の授受はご遠慮願います。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具等については自由にご利用いただいて構いません。ただし、本来の用法に反したご利用により破損等が生じた場合は、弁償して頂く場合があります。機能訓練機器のご利用に関しては担当職員の指示によりご利用ください。
体調不良時の対応	職員により医療機関の受診が必要であると判断した場合は、ご家族様に連絡致しますので、お迎えをお願いします。
迷 惑 行 為	事業所内で他の利用者に対する政治活動及び宗教活動、その他迷惑となる行為はご遠慮願います。

## ○ 利用料金

### <保険対象分>

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

#### 1. 介護予防認知症対応型通所介護費

介護度	単位数	自己負担額（1日当）		
		1 割	2 割	3 割
要支援 1	760	760円	1,520円	2,280円
要支援 2	851	851円	1,702円	2,553円

#### 2. 加 算

加算種類	単位数	自己負担割合（1日当）		
		1割	2 割	3 割
入浴介助加算I	40	40円	80円	120円
若年性認知症利用者受入加算	60	60円	120円	180円
口腔・栄養スクリーニング加算	20	20円	40円	60円
科学的介護推進体制加算	40	40円	80円	120円
介護職員等処遇改善加算III	1ヶ月当の所定単位数×15.0%			

### 3. 減 算

該当するに至った場合、法令に則り算定します。

#### <保険対象外分>

保険対象外分費用は、月次のお支払いとなります。

#### 1. 食材費（おやつ代を含む）・・・ 670円／1回

※通常の実施地域外より当事業者の利用を希望される場合は、当事業所から自宅までの距離が30kmを超える場合、実施地域を越えた地点から起算して1kmあたり50円を徴収します。

※利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

※その他日常生活において通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用に関しては実費を頂きます。

## ○ 支払方法

・別途指定頂く利用者又はご家族様の金融機関口座からの自動振替を原則としておりますが、直接ご持参頂き窓口でお支払いいただくことも可能です。

※利用契約締結時に口座振替の手続きをご案内します。

※金融機関での手続きが完了するまでの間は弊社指定の銀行口座へお振込みいただくか、弊社窓口にて直接お支払い頂くこととなります。

・前月の利用に係る料金その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎月10日までに送付します。自動振替の場合は当月23日にご指定頂いた銀行口座より引き落とし、お振込みの場合は、当月末までに指定口座にお振込み願います。

※振込手数料は、利用者様のご負担となります。

※23日が金融機関の休業日の場合は、翌営業日の振替となります。

※自動振替を利用される利用者様の領収書は、入金月の翌月発行となります。

## ○ 利用料金の改定

保険対象分	介護報酬告知上の額が変更される場合にはそれに応じて変動します
保険対象外分	諸種の経済状況の変化（食費・光熱費等の上昇、人件費等）などを勘案し、改訂する場合があります。

## ○ 契約の終了

契約の自動終了	① 利用者様がお亡くなりになった場合 ② 利用者様の介護度が要介護、非該当と認定された場合。 ③ 利用者様が医師により、認知症の状態にないと診断されたとき ④ 3ヶ月以上連続してサービスを利用しなかった場合 ⑤ 介護保険施設に入所した場合
弊社からの解約	① やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合 ② 施設の減失等により、サービスの提供が不可能となった場合 ③ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合。 ④ 契約締結時に、利用者様の重要事項を故意に告げなかったり、真実ではないことを告げた事により、契約を継続できない重大な事情が認められたとき ⑤ 利用料金の支払いが1ヶ月以上遅れ、相当期間、催告したにもかかわらず支払われなかった場合。 ⑥ 利用者が、故意または重大な過失により事業所職員若しくは他の利用等の生命・身体、財物、信用等を傷つけまたは、著しい不信行為を行うなどによって、契約を継続できない重大な事情が認められたとき

## ○ 救急・事故発生時・災害時の対応

救 急 時	容体の変化等があった場合は、ご家族様（ご不在の際は身元引受人様）に速やかに連絡し必要な処置を講じます。但し、生命維持に危険があると判断されるような状態に陥った場合はご家族様の同意を得る前に救急隊を要請することがあります。その場合においても速やかにご家族様に連絡致します。
事故発生時	利用者様のサービス提供中に事故が発生した場合は、直ちにご家族様にご連絡すると共に関係機関に連絡し必要な措置を講じます。なお、当事業者は介護賠償責任保険に加入しております。
災 害 時	利用者様のサービス提供中に非常災害が生じた場合、従業者は利用者様の避難等適切な措置を講じます。事業所は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携を確認し、年1回以上避難訓練を実施します。

## ○ サービス内容に関する苦情相談窓口

ホ ー ム	担 当： ふじの里ケアセンター事務局 受付時間： 月曜日から金曜日まで 9：00 ～16：30 電 話 0197-39-2877 FAX 0197-39-2879
保 険 者	奥州市江刺総合支所 長寿社会担当（0197-34-2522） 奥州市健康福祉部長寿社会課 介護保険担当（0197-34-2197）
国 保 連	岩手県国民健康保険団体連合会介護保険課分室(019-604-6700)

## ○ 秘密保持並びに個人情報保護の取り扱いに関して

- ① 事業者ならびに事業所は、事業者が定める個人情報保護に関する基本方針に基づきサービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- ② 事業者は、個人情報使用同意書に記載された必要最小限の範囲内で個人情報を使用することがあります。

## ○ その他

衛 生 関 連	(1)サービスを提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意する。 (2)職員は、感染症等に関する知識の習得に努める。
やむを得ず身体拘束等を行う場合の 手続き	サービスの提供の当たっては、利用者の生命又は身体を保護する為、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、緊急やむを得ない場合は、本人またはご家族に十分説明を行い、速やかに解除できるような措置を講ずるとともに、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族様の要求がある場合及び行政機関等の指示がある場合には開示します。
健康上の理由による中止	(1)風邪等の感染性疾患に罹患している場合 (2)当日の健康チェックの結果、看護職員により当日のサービス提供が困難であると判断された場合 (3)利用中体調が悪くなった場合。  (2)及び(3)に関してはご家族様に速やかに連絡しますので、医療機関等への受診をお願いします。

介護予防認知症対応型通所介護サービスの開始に当たり、重要な事項について本説明書を用いて説明いたしました。

説明日：令和 年 月 日

【事業 者】

住 所：岩手県奥州市江刺田原字大日195番地 1

事業 者 名：株式会社 江陽

代表取締役 及 川 健 印

【事業 所】

住 所：岩手県奥州市江刺藤里字平37番地2

事業 者 名：ふじの里デイサービスルーム

説明者職名：□管理者 □

氏 名： 印

私は、本書面により、事業者から介護予防認知症対応型通所介護についての重要な事項の説明を受けた上で、サービスの提供の開始について同意いたします。

同意日：令和 年 月 日

**【利 用 者】**

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_⑩

**【連帯保証人】**

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_⑩