

併設型指定認知症対応型通所介護事業所

にこにこ友愛

重要事項・内容説明書

社会福祉法人 徳之島福祉会

重要事項説明書

(趣旨)

徳之島福祉会が開設する併設型指定認知症対応型通所介護事業所（以下「事業所」という。）が行う併設型指定認知症対応型通所介護（以下「サービス」という。）の事業の適正な運営について必要な事項を定めるものとします。

(事業の目的)

認知症の方々には「個々の心を開き、その方々の自己表現を援助する。」事を目標とし、個々にふさわしい状況をつくり、安心して自己表現できる機会や、地域住民との交流、日常生活上の機能訓練により、認知症の方自身が自信を取り戻し、認知症の進行を抑えあるいは遅くし、時には改善できると信じてサービスを提供していく事を目的とします。

(運営の方針)

事業は、要介護状態となった場合においても、その認知症（法第八条第十六項に規定する認知症をいう。以下同じ。）である利用者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者

を除く。以下同じ。)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ります。

(事業所の名称等)

事業者 : 社会福祉法人 徳之島福祉会

事業者所在地 : 〒891-8201 鹿児島県大島郡伊仙町伊仙 2124-1

事業所名 : 併設型指定認知症対応型通所介護事業所

にこにこ友愛

事業所所在地 : 〒891-8201 鹿児島県大島郡伊仙町伊仙 2124-2

指定番号 : 4679300063

サービス種類 : 認知症対応型通所介護 令和6年4月1日指定更新
令和12年3月31日有効期限

管理者 : 澤 代樹

でんわ : 0997-86-3344 (2149)

(サービス提供地域)

提供地域 : 伊仙町 (他町村は送迎費自己負担)

(職員体制)

(1) 管 理 者 1 名 (常勤兼務)

(2) 生活相談員 1 名 以上

(3) 看 護 職 員 又は介護職員

1 名以上

* 確保されるために必要と認められる数

(4) 機能訓練指導員 1 以上

* 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する

ための訓練を行う能力を有する者

* 他の職務と兼務可

(5) その他従業員

調 理 員 若干名 (非常勤兼務)

運 転 手 若干名 (介護職等兼務)

事 務 員 1 名 (常勤兼務)

(営業日及び営業時間)

(1) 営 業 日 月・火・水・木・金・土

(2) 営 業 時 間 8 : 30 ~ 18 : 00

(3) サービス提供時間 9:20～16:30 (7 時間以上 8 時間未満)

9:20～17:30 (8 時間以上 9 時間未満)

(4) 休 日 毎週日曜日

8 月 15 日 (1 日間) 12 月 31 日～1 月 2 日(3 日間)

* 本人又は家族の希望があり、介護計画に添ったものであれば休日中也利用可

* 業務の都合により始業・終業の時間を変更することがあります。

(利用者様定員) 10 名以下

(介護サービス内容)

(1) 日常生活上の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な援助を行います。

ア) 排泄の誘導・介助

イ) 移乗・移動の見守り・介助等その他の必要な身体介助

ウ) 養護 (休養)

(2) 健康状態の確認

体温、血圧測定等の健康チェックを行う。

(3) 機能訓練サービス

利用者が、日常生活を営むのに必要な機能減退を防止するための訓練を行う。

(4) その他、利用者の心身活性化を図る。

各種サービスを提供します。

ア) 日常生活動作に関する訓練

イ) レクリエーション

ウ) 行事活動

エ) 体操

オ) 趣味活動

カ) 筋力向上訓練

キ) その他

口腔衛生、摂食、嚥下機能に関する課題に対しての必要なサービスを行います。

(5) 送迎サービス

(6) 入浴サービス

(7) 食事サービス

ア) 栄養士の献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態及び、嗜好を考慮し提供します。

イ) 利用者の自立支援のために離床して、食事を摂ることを原則とします。

ウ) 自力で食事を摂ることが困難である方には、食事介助を行います。

(8) 1日の流れ

【利用者さんの1日の流れ】

9：20～16：30（7時間以上8時間未満）

8：30 送迎
事業所到着・座席への移動
9：20 サービス開始／入浴
10：00 朝の活動（体操・歌・レクリエーション等）
11：30 水分補給／トイレタイム／手洗い／座席移動
12：00 昼食
12：30 口腔ケア／トイレタイム／ベットへの移動
13：00 午睡
14：00 起床／トイレタイム／座席への移動
14：30 水分補給（お茶・黒糖）
14：45 入浴
15：45 歌・体操等
16：10 トイレタイム／帰宅準備
16：30 帰りの挨拶／歌／順次送迎

9：20～17：30（8時間以上9時間未満）

16：40 夕食
17：15 口腔ケア（歯磨き・うがい）
17：20 トイレタイム／帰宅準備
17：30 帰りの挨拶／送迎

(9) 相談、助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における介助等に関する
相談及び助言を行います。

(利用の中止、変更、追加)

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービス、介護予防通所介護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。この場合にはサービスの実施日までに介護支援員及び事業所に申し出て下さい。

サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により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、他の利用可能な日時を利用者に提示して協議します。

※事業所内や法人内での感染症対策として休業やサービス時間・曜日や内容を変更してのサービス提供する場合があります。

(利用者負担金) 別紙（利用料金の説明）にて説明します。

(料金のお支払方法)

利用者に毎月 10 日までに利用料金請求書を提示し、利用月の翌月末までに利用料をお支払い頂きますと、領収書を発行いたします。

ご希望により、奄美信用組合 伊仙支店 普通口座と郵便振替口座への振込ができます。なお、振込料は、お客様の負担とさせていただきます。

(利用料金の滞納)

- 1 ご利用者が正当な理由なく利用者負担金を 2 ヶ月以上（最大 3 ヶ月）滞納した場合には、事業所は 10 日以上の期間を決めて利用者負担金を支払わない場合には契約を解約する旨を催促いたします。
- 2 前項の催促をしたときは、事業者は、「居宅介護支援計画」作成した介護支援事業者と協議し、ご利用者の日常生活を維持する見地から「居宅介護支援計画」の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行います。
- 3 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第 1 項に定める期間が満了した場合はこの契約を文章により解約する

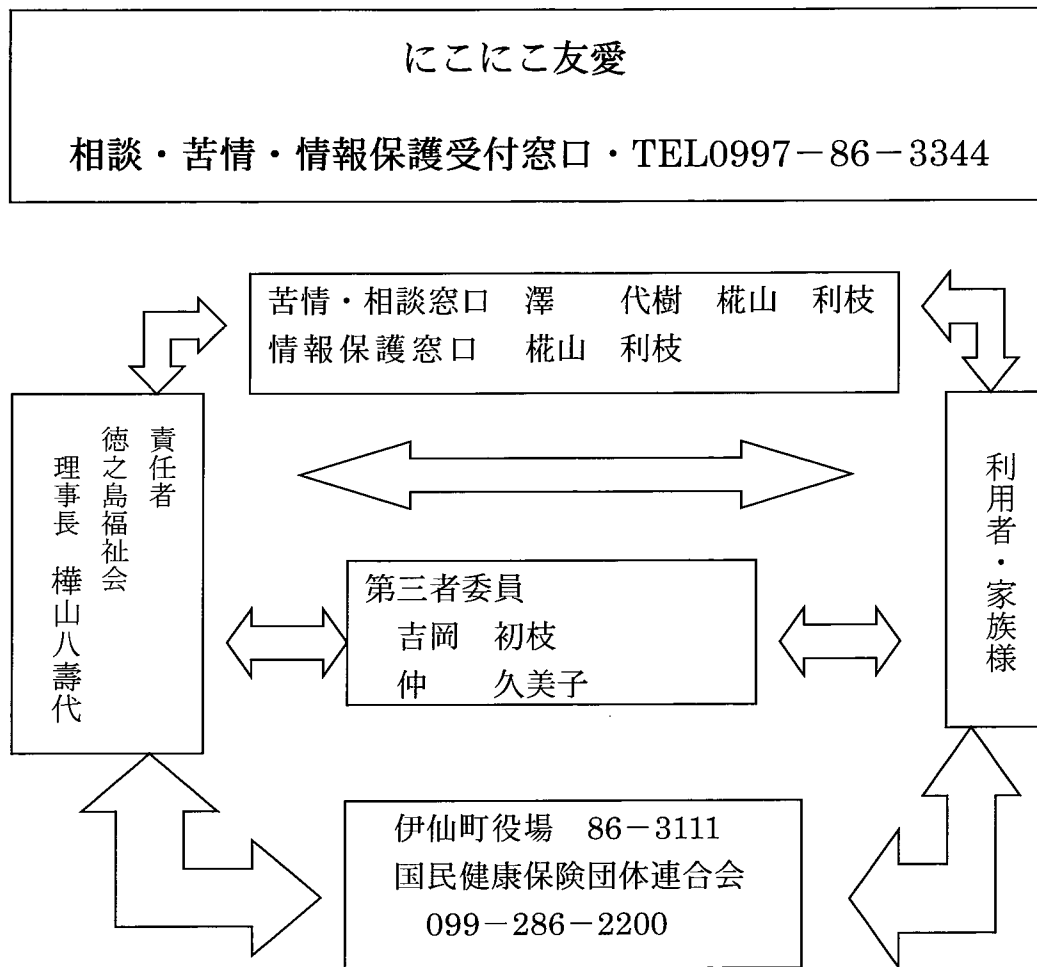
事ができます。

- 4 事業者は、前項の規定により解約に至までは、滞納を理由としてサービスの提供を拒むことはありません。

(当事業所における苦情・相談の受付)

当事業所は、提供した指定通所介護に係るご利用者・ご家族からの苦情に公平・公正・迅速かつ適切に対応するために、相談窓口・意見箱を設置しています。また、通常の連絡帳に記入していただいても構いません。担当職員が適切な方法で対応策を講じ、ご返答又は改善を図ります。

- [illegible]



※行政機関その他苦情受付機関

○伊仙町役場相談窓口（介護保険係り）

0997-86-3111 受付時間 8:30~17:00

○国民健康保険団体連合会（介護相談室）

099-213-5122 受付時間 8:30~17:00

○鹿児島県福祉サービス運営適正化委員会

099-286-2200 受付時間 8:30~17:00

(個人情報・秘密の保持)

サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する個人情報・秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この守秘義務は、利用者の契約終了後も同様です。ただし、介護保険事業により利用者の介護に関連する事業者間の連絡調整のため開催される「サービス担当者会議等において必要がある場合」は、限定的な範囲で利用者及び、その家族の個人情報を提供することがありますので、あらかじめご了承ください。なお、この場合もすべての関係者に守秘義務があります。

1 「サービス提供等業務施行に必要な場合」とは、次のとおりです。

- (1) 利用者のサービス計画を立案し、円滑にサービス提供を行うために開催するサービス担当者会議における情報提供。
- (2) 介護支援員等との連絡調整において必要となった場合。
- (3) サービス提供に関して主治医及び保険者の意見を求める必要がある場合。

- 2 前項以外に個人情報を用いる場合は別に利用者に、同意を得た上で提供します。
- 3 情報提供にあたって、個人情報の提供は必要最低限とし関係者以外の者に漏れることの無いよう十分注意するとともに、個人情報を使用した会議内容や出席者などについて記録します。
- 4 事業所は、職員が退職後、在職中に知り得た利用者及び家族の情報を漏らすことの無いよう必要な措置を講じます。
- 5 事業所は、利用者の個人情報について事業所が定める個人情報保護方針及び個人情報の利用目的に従い適切に扱われるよう必要な措置を講じます。
- 6 利用者は、個人情報について、事業所が定める個人情報保護方針及び個人情報の利用目的を理解し個人情報の利用に同意します。

(個人情報開示対応について)

利用者に対する通所介護、介護予防通所介護の提供に関する諸記録の開示を行います。開示は原則として、利用者本人に対して開示しますが、例外として代理人や成年後見人、現に利用

者本人を介護している親族等に行います。

(緊急時における対応方法)

通所介護サービス、介護予防通所介護サービスの実施中に、ご利用者の体調の急変、その他緊急事態・事故が生じたときは、速やかに主治医・関係機関・ご家族に報告し伊仙町・担当居宅介護支援事業所に連絡をします。

(事故発生時の対応)

サービス提供時間内に発生した事故に対しては、ご家族・市町村介護保険課並びに、居宅支援事業所等に連絡を行うと、ともに必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故に対しては、当事業所加入の損害保険により、その範囲以内において賠償いたします。

事業所が加入している損害賠償保険

○介護保険事業者賠償責任保険

○自動車保険

(管理衛生等)

利用者様の使用される施設・食器その他の設備又は飲用に供

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じます。

- 事業所内において食中毒及び感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めます。また、必要に応じて保険所の助言・指導を求めるとともに、密接な連携を保ちます。

(非常災害対策)

事業所は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に非難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

(その他)

サービス提供時のご利用者の貴重品は、お申し出により事務所で保管いたします。お申し出のない貴重品の紛失・盗難に関しては、事業所は責任を負いかねます。

ご利用料金の説明

- 介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅介護サービス計画の内容に沿って作成いたします。
- 介護計画は、利用者様の心身の状況・希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等その他必要なサービスの目標・当該目標を達成するための具体的なサービスの内容を作成いたします。
- 介護計画の作成にあたりましては、その内容について利用者様又はご家族に対しましてご説明申し上げ、利用者様の同意を得、交付いたします。

1 利用者様ご負担金

(1) 法定給付の場合

介護報酬単価及び各種加算の負担割合証の記載割合×日数

7時間以上8時間未満利用の場合

要介護1	894円	要介護2	989円
------	------	------	------

要介護3	1086円	要介護4	1183円
------	-------	------	-------

要介護5	1278円
------	-------

8時間以上9時間未満利用の場合

要介護1	922円	要介護2	1020円
要介護3	1120円	要介護4	1221円
要介護5	1321円		

サービス提供体制加算Ⅰ 22円/日

各種加算（介護計画により下記の利用料が加算されます）

入浴加算 40円/日

若年性認知症利用者受入加算 60円/日

介護職員等処遇改善加算Ⅰ 18.1%

オムツ代 (時価)

尿取りパット (時価)

*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、利用料金の変更をします。

(2) 法定給付外（実費負担をお願いします）

① 日常生活に要する費用で、ご本人に頂くことが妥当であるもの。

②食事代 昼食 350円/日 おやつ代 30円/日

※昼食代+おやつ代で380円/日徴収します。

夕食 380円/日

③特別な行事（遠足、運動会など）に参加して

いただく場合の必要な経費

④事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域外（徳之島町、天城町居住

の方）のご利用者の場合は、交通費実費を

ご負担いただきます。

* 経済状況の著しい変化その他やむ得ぬ事由がある場合、相当額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明いたします。

2 キャンセル規定

(1) 利用者様のご都合によりサービスをキャンセルする場合は、次のキャンセル料を支払うものとします。ただし、

利用者様の様態の急変など、緊急やむをえない事情がある場合は不要です。

- (2) 利用日の前日まで連絡がなかった場合、キャンセル料として食財費をお支払い頂きます。

①昼食代 350 円/日 おやつ代 30 円/日

※昼食代+おやつ代で 380 円/日徴収します。

②夕食代 380 円

同意書

令和 年 月 日

併設型認知症対応型通所介護 にこにこ友愛 事業の開始にあたり、利用者様に対して本書面に基づいて重要な事項の説明をいたしました。

<事業者>

事業者：社会福祉法人 徳之島福社会

事業所住所：鹿児島県大島郡伊仙町伊仙 2124-2

事業所名：併設型指定認知症通所介護事業所 にこにこ友愛

管理者：澤 代樹 印

<説明者>

令和 年 月 日

社会福祉法人 徳之島福社会

併設型指定認知対応型通所介護事業所 にこにこ友愛

説明職員名 印

私は、本書面により、事業者から併設型指定認知症対応型通所介護事業について重要事項の説明・サービス内容説明を受け了承し、利用申し込みの同意をいたします。

<利用者様>

住 所：鹿児島県大島郡伊仙町

ご氏名：印

<ご家族代表者様（選任した場合）>

住 所：

ご氏名：印 続柄（ ）