

# **指定(介護予防)認知症対応型通所介護**

## **重要事項説明書**

「指定(介護予防)認知症対応型通所介護」事業所

デイサービス 千音寺

# 「指定(介護予防)認知症対応型通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(名古屋市指定 第2391000037号)

当事業所はご契約者に対して指定(介護予防)認知症対応型通所介護サービスを提供します。平成18年厚生省令第34号第61条(第9条準用)及び第36号第11条に基づいて、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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## 1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

**電話** 052-432-3026(午前9:00~午後4:00)

\* ご不明な点は、何でもおたずね下さい。

## 2. 事業者

**(1)法人名** 医療法人 西口整形外科

**(2)法人所在地** 愛知県名古屋市中川区千音寺五丁目 104 番地

**(3)電話番号** (052)432-3003

**(4)代表者氏名** 理事長 西口 健二郎

**(5)設立年月** 平成12年4月1日

## 3. 事業所の概要

**(1)事業所の種類** 指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所(医療機関併設型)  
平成19年4月1日指定 名古屋市2391000037号

**(2)事業所の名称** デイサービス 千音寺

**(3)事業所の所在地** 愛知県名古屋市中川区千音寺五丁目 104 番地

**(4)電話番号** (052)432-3026

**(5)管理者氏名** 高橋 栄江

## (6)事業所の目的

要支援・要介護状態にある利用者に対し、適正な介護予防認知症対応型通所介護サービス・認知症対応型通所介護サービスを提供することにより要支援・要介護状態の維持・改善を目的とする。

## (7)事業所の運営方針

在宅生活を基本とした居宅サービス計画(ケアプラン)に沿って、関係市町村、保険・医療・福祉サービスと連携を図り総合的なサービス提供に努め、認知症のある利用者の精神安定及び生活援助を中心としたサービス提供を行います。

また、可能な限り、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、支援を行います。

**(8)開設年月** 平成19年4月1日

**(9)利用定員** 12人 (1単位 12人)

## (10)施設概要

居室・設備の種類	室数	備考
食堂兼機能訓練室	1室	96.23 m <sup>2</sup>
静養室	1室	6.16 m <sup>2</sup>
相談室	1室	
浴室	3室	一般浴室 3室(うち1室リフト浴 可)
事務室	1室	
送迎車	2台	ミニバンタイプ 1台、車いす対応車両 1台

## 4. 事業実施地域及び営業時間

**(1)通常の事業の実施地域** 名古屋市中川区、中村区、港区

### (2)営業日及び営業時間

営業日・受付時間	月～金	8時00分～17時30分
サービス提供時間	月～金	8時30分～16時30分
休業日	土曜、日曜、年末年始 上記のほか悪天候等の場合、臨時休業有り	

## 5. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定介護予防認知症対応型通所介護サービス及び指定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います。

＜主な職員の配置状況＞ ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員配置数	指定基準
管理者	1名	1名
介護職員	5名	2名
生活相談員	2名	1名
看護職員(機能訓練指導員と兼務)	2名	0名
機能訓練指導員(看護職員と兼務)	2名	1名

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
介護職員	勤務時間 8:00～18:00 原則としてサービス提供時間内は2名以上の介護職員が勤務します。
看護職員	随時 原則として1名以上の看護職員が勤務します。
機能訓練指導員	随時 2時間(看護職員が兼務)

## 6. 当事業所が提供するサービス

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1)利用料金が介護保険から給付されるサービス
- (2)利用料金の全額を利用者に負担いただくサービス

があります。

### (1)介護保険給付対象となるサービス(併設型指定(介護予防)認知症対応型通所介護)

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常、9割または8割)が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事、入浴、排泄等の必要な介助を行います。

## **① (介護予防)認知症対応型通所介護計画の作成**

利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、(介護予防)認知症対応型通所介護計画を作成し、その内容を利用者及びその家族に説明、交付します。

## **② 食事**

食事の準備・介助を行います。

栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間) 11:45～12:30

## **③ 入浴**

入浴又は清拭を行ないます。

利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行ないます。

## **④ 介護**

(介護予防)認知症対応型通所介護計画に沿った介護を行います。

更衣、排泄、食事、入浴、事業所内の移動の付き添い等の介助

## **⑤ 機能訓練**

機能訓練指導員その他の職種のものが共同して、利用者の心身等の状況に応じた個別機能訓練計画を作成し、利用者同意のうえ機能訓練を行い、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその低下を防止するよう努めます。

## **⑥ 生活相談**

生活相談員をはじめ従業者が日常生活等の相談に応じます。

## **⑦ 健康チェック**

血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。

## **⑧ 送迎**

利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

## **(2)介護保険の給付対象とならないサービス**

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

### **<サービスの概要>**

#### **① 介護保険給付の支給限度額を超える(介護予防)認知症対応型通所介護サービスの利用**

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、超過分のサービス利用料金について全額がご利用者の負担となります。

## ② 食事の提供にかかる費用

利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

## ③ レクリエーション

利用者の希望によりレクリエーション(お花見等の外出行事、夏祭り等の施設内行事)に参加していただくことができます。 利用料金：材料代、昼食等の実費をいただきます。

## ④ 複写物の交付

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。

## ⑤ オムツ

自宅から持参を原則としますが、不足等が生じた場合は実費をいただきます。

## ⑥ その他

上記の他、通所サービスの中で提供するサービスのうち、日常生活においても通常必要となる費用で利用者に負担いただくことが適当であると認められる費用はご負担いただきます。

## 7. サービス利用料金

### (1) 利用料金

居宅介護(支援)サービス基準額（介護報酬の告示上の額）に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額をお支払い下さい。

「別紙の料金表参照」

☆ 利用者がまだ要支援、要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援、要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、(介護予防)居宅サービス計画「ケアプラン」が作成されていない場合も償還払いとなります。

**介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。この場合も、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。**

**償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。**

☆ 前記6. (1)の費用は、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、利用者の負担額を変更します。その場合事前に変更の内容について、文章によりご説明します。

☆ 前記6. (2)の料金・費用は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な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、変更を行う1か月前までに文章によりご説明します。

## (2)お支払い方法

利用料金のお支払方法は、金融機関口座からの自動引き落としとさせていただきます。

- ☆ 前記6. (1)、(2)の料金・費用は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額によりご請求いたします。
- ☆ 請求書は、利用月の翌月 15 日頃までに利用者あてにお届けいたします。
- ☆ 当該利用料金の合計額を原則的に翌月 27 日にご利用者様の指定口座より引き落としさせていただきます。

なお、口座引き落としに掛る事務手数料はご利用者様のご負担とさせていただきます。

- ☆ 引き落としの確認後、領収書を発行いたします。

## 8. 利用の中止、変更、追加

- ☆ 利用予定日の前に、利用者の都合により、(介護予防)認知症対応型通所介護サービスの利用を中止、変更することができます。この場合にはサービス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の申し出に対して、事業所の稼働状況(定員等)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、他の利用可能日を利用者に提示して協議します。
- ☆ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって中止の申し出をされた場合、昼食の調理の関係上、食事の費用のみお支払いいただく場合があります。

## 9. 秘密の保持と個人情報の取り扱い

事業者、及び事業者の使用するものは、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、利用者の家族の同意を得ない限り、利用者又は家族の個人情報は用いません。

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払います。

### (1)使用目的

居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するため、利用者に実施されるサービスに関するサービス担当者会議、介護支援専門員とサービス提供事業者等との調整等において使用する。また緊急時・災害時において生命、身体の保護のため、利用者の安否情報を行政に提供します。

## (2)個人情報を使用する範囲

当事業所の各職種間、及び居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、各サービス提供機関、市町村等関係連絡機関。

## (3)使用する期間

利用者が当サービス提供事業所のサービス利用者として契約している期間。

## (4)使用する個人情報

①氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他介護サービスに関わる必要最小限の情報。

②介護認定に関わる必要最小限の情報。

③治療、医療に関わる関係医療機関からの情報

## 10. 緊急時の対応

(介護予防)認知症対応型通所介護の提供中に、利用者の体調悪化や急変等、必要な場合は予め利用者より指示のあった主治医又はご家族等へ連絡を行なう等の必要な措置を速やかに講じます。

病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することもあります。

緊急連絡先等					
連絡先	連絡順位	氏 名	利用者との関係	住 所	電話番号
	第一				
	第二				
	主治 医		/ (所属医療機関名)		

## 11. 非常災害時の対策

事業者は、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、計画に基づき年2回以上の避難訓練を行います。

## 12. 身体拘束の禁止

当事業所は、「(介護予防)認知症対応型通所介護サービス」の提供を行なっているときに、利用者本人もしくは他の利用者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、利用者の身体を拘束することはありません。

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利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様、時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急

やむを得ない理由についての詳細を「個別サービス提供書」等に記録し、閲覧に供します。

## 13. サービス利用に当たっての留意事項

- ☆ 認知症でない場合、又は認知症の状態にあるもので、次のいずれかに該当する場合は、利用できません。
  - 認知症に伴う著しい精神症状を伴う場合。
  - 認知症に伴う著しい異常行動がある場合。
  - 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある場合。
- 利用の申込に際しては、主治医の診断書等により、認知症の状態にあることの確認を行います。
- ☆ 利用者、家族は、体調の変化があった際には事業所へお知らせください。
- ☆ 入浴サービスを利用する際は、事前の体調チェックを行うものとし、本人の意思にかかわらず入浴の延期をする場合があることをご了承ください。また、入浴中に体調不良となった場合は、すみやかに従業者にその旨をお伝えください。
- ☆ 送迎サービスを利用する際は、従業者が送迎に向う迄、ご自宅でお待ちください。送迎職員到着以前の外出に起因する事故に関しては、当事業所で責任を負いかねますのでご了承ください。
- ☆ 事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。本来の用法に反した利用により破損等が生じた場合は、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ☆ 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また、当事業所の職員や他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動を行うことは出来ません。
- ☆ 高価な貴重品や大金はこちらで管理できません。
- ☆ 事業所内での金銭、食べ物等のやりとりはご遠慮ください。
- ☆ 事業所内は、原則禁煙です。定められた喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。

## 14. 苦情の受付について

### (1)当事業所における苦情の受付

- 当事業所 ご利用者相談・苦情担当

受付担当者：(相談員) 岩下 みさえ

解決責任者：(管理責任者) 高橋 栄江

受付電話番号: (052)432-3026

○ 当事業者 ご利用者相談・苦情担当

受付担当者：山田 守

受付電話番号: (052)432-3003(西口整形外科)

**(2)行政機関その他苦情受付機関**

名称	住所 連絡先	
名古屋市健康福祉局 高齢福祉部介護保険課 居宅指導担当	所在地 電話番号 FAX	名古屋市東区東桜一丁目 14-11 DPスクエア東桜8階 (052)959-3087 (052)959-4155
国保連介護サービス苦情 相談窓口	所在地 電話番号 FAX	名古屋市東区泉1丁目6番5号 (052)971-4165 (052)962-8870

**15. 事故発生時の対応及び賠償責任**

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村等への連絡を行な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、賠償すべき事故が発生した場合は、誠意を持って対応し、損害賠償を行なうものとします。

令和 年 月 日

指定(介護予防)認知症対応型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービス千音寺

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面により事業者から重要事項の説明を受け、指定(介護予防)認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。又、個人情報の使用についても同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記代理人 住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
利用者との関係 \_\_\_\_\_

家族代表 住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印