

指定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
(桑名市指定 第2490100027号)

当事業所はご利用者（ご契約者）に対して指定認知症対応型通所介護サービスを提供します。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、原則として要介護認定の結果「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. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 アパティア福祉会
- (2) 法人所在地 桑名市長島町西外面1070番地
- (3) 電話番号 0594-42-1600
- (4) 代表者氏名 理事長 桑名良輔

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定認知症対応型通所介護事業所
平成19年4月1日指定
桑名市2490100027号
- (2) 事業所の目的 認知症を伴うご利用者の心身の機能の維持、情緒の安定並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- (3) 事業所の名称 アパティアデイサービスなないろ
- (4) 事業所の所在地 桑名市長島町西外面1070番地
- (5) 電話番号 0594-42-1600
- (6) 事業所長（管理者）氏名 三木 久美子
- (7) 当事業所の運営方針
 - ① 認知症を伴うご利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に努め、その目標を定め、計画的に行うよう努める。
 - ② ご利用者の意志及び人格を尊重し、ご利用者の立場に立った認知症対応型通所介護サービスの提供を常に心がける。
 - ③ 事業の実施に当たっては、桑名市、他の居宅介護支援事業所、介護サービス事業者等と綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月 平成19年4月1日
- (9) 利用定員 12人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 桑名市長島町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月、火、木、金、土 (12月31日～1月3日を除く)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分

ただし、サービス提供時間は午前9時00分から午後4時15分までとする。

(尚、午後9時00分までの延長サービスも相談に応じています。)

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して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。

＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1名	1名
2. 看護・介護職員	3名	2名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 機能訓練指導員	1名	1名
5. 管理栄養士	1名	1名

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご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場合
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の保険負担分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事

- ・当事業所ではご希望のご利用者に、栄養並びに身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。(食事時間の目安 12:00～13:00)

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。車椅子使用や寝たきりの方でも入浴することができます。

③排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。

④送迎

- ・身体状況に応じて、ご自宅から事業所まで車椅子の方も安心してご利用できるリフト付き車両で往復できます。職員がご自宅まで送迎いたします。

⑤レクリエーション

- ・他のご利用者の方たちとの楽しい交流を通じ、豊かな生活感情を味わっていただけます。

⑥個別機能訓練

- ・ご利用者の状態に合わせて生活リハビリテーションを行います。

<サービス利用料金（1回あたり）>

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）。

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス基本単位 （5時間～6時間）	771 単位	854 単 位	936 単 位	1016 単位	1099 単位
サービス基本単位 （6時間～7時間）	790 単位	876 単 位	960 単 位	1042 単位	1127 単位
サービス基本単位 （7時間～8時間）	894 単位	989 単 位	1086 単位	1183 単位	1278 単位
サービス基本単位 （8時間～9時間）	922 単位	1020 単位	1120 単位	1221 単位	1321 単位

地域区分（6級地）への変更により、1単位あたり10,33円となります。

☆時間延長サービス対応可 1時間未満50円

☆ご利用者に提供する食事に係る費用は別途いただきます（下記（2）②参照）

<加算について>

ア) 入浴介助加算（Ⅰ）	1日につき	40単位
入浴介助加算（Ⅱ）	1日につき	55単位
イ) 個別機能訓練体制加算（Ⅰ）	1日につき	27単位
個別機能訓練体制加算（Ⅱ）	1月につき	20単位
ウ) ADL維持等加算（Ⅰ）	1月につき	30単位
ADL維持等加算（Ⅱ）	1月につき	60単位
エ) 栄養アセスメント加算	1月につき	50単位
オ) 栄養改善加算	1日（月2回まで）	200単位
カ) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1日につき	20単位
		（6ヶ月に1回まで）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1日につき	5単位
		（6ヶ月に1回まで）
キ) 口腔機能向上加算（Ⅰ）	1日（月2回まで）	150単位
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1日（月2回まで）	160単位
ク) 科学的介護推進体制加算	1月につき	40単位
ケ) 若年性認知症受入加算	1日につき	60単位
コ) 感染症・災害時ご利用者減の場合の加算	基本単位数の3%	
サ) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日につき	22単位
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日につき	18単位
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日につき	6単位
シ) 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	利用総単位／月 ×	18.1%

上記加算につきましては、該当する場合に必要となります。

(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。

<サービスの概要と利用料金>

① 送迎

- ・ 通常の事業の実施地域以外への送迎にかかる費用です。

片道1キロメートルあたり105円

② 食事の提供

- ・ ご利用者に提供する食事にかかる費用です。

1回あたり550円

③ おやつを提供

- ・ ご利用者に提供するおやつにかかる費用です。

- ・ 1回あたり100円

④ レクリエーション活動

- ・ ご契約者の希望によりレクリエーションに参加して頂く事が出来ます。

利用料金：材料代等の実費をいただくことがあります。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

- ・ 日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担頂く事が適当であるものについては負担していただくことがあります。

☆経済情勢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事があります。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2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金は、金融機関口座からの自動引き落としにてお支払いください。

(4) 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、認知症対応型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事が出来ます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

☆利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用料金の50%

☆サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下で受け付けます。

☆苦情受付担当者	生活相談員	仲山寿
☆苦情受付責任者	施設長	三木久美子
☆受付時間	9：00から17：00（水曜日・日曜日除く）	
☆電話番号	0594-42-1600	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

桑名市市役所 介護高齢課	0594-24-1186
三重県国民健康保険団体連合会	059-222-4165

7. 緊急時の対応

- ① 認知症対応型指定通所介護サービス実施中に、ご利用者の状態の急変、その他緊急事態が発生したときは、速やかに管理者及び主治医、ご家族等に報告し、生命の安全を図るために適切な措置を講じます。
- ② 事業所は、ご利用者に対する指定認知症対応型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市、当該ご利用者の家族、当該ご利用者に係る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。

8. 守秘義務

- ① 事業者、従業者又は従業者であった者は、認知症対応型通所介護サービスを提供する上で知り得たご利用者及び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、本契約の終了した後も継続します。
- ② 事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等にご利用者に係る心身等の情報を提供できるものとします。
- ③ 前2項にかかわらず、ご利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、ご利用者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

9. ご利用者の尊厳

ご利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

10. 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止対策を検討する委員会の定期的な開催及び結果の周知
- ② 虐待防止の指針の整備
- ③ 従業者に対する定期的な研修の実施
- ④ 虐待防止に関する措置の担当者の配置
- ⑤ そのほか虐待防止のために必要な措置

サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者(ご利用者の家族等高齢者 を現に擁護する者)による虐待をうけたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、関係市町に通報します。

1 1. 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前にご利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 2. 介護現場におけるハラスメント対策について

当施設では職員によるご利用者への虐待行為禁止の取り組みと同様に、介護現場における職員へのハラスメント対策にも取り組んでいます。ハラスメント行為が発生した場合は、その原因や経過等について明らかにし再発を防ぐための対策を講じます。

1 3. カスタマーハラスメント対策について

当施設ではカスタマーハラスメント対策にも取り組んでいます。ご利用者の身元引受人ないしご家族、その他関係者により、職員に対してカスタマーハラスメント行為が発生した場合は、法人の行動指針に則り対応します。原因や経過等について明らかにした上で、健全な信頼関係の構築および円滑なサービスを提供が困難と判断した場合は、サービスの中止や契約を解除する場合があります。

1 4. 代理人等について

(1) 施設では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。

① 代理人は、ご利用者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。

② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、施設と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。

③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。

(2) 代理人の職務は、次の通りとします。

① ご利用者に代わって又はご利用者とともに、契約書第3条に定める同意又は要請、同第8条3項、第16条1項、第17条1項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他入所者を代理して行う意思表示、施設の意思表示や報告・通知の受領、施設との協議等を行うこと。

② ご利用者を代理して、又はご利用者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

(3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。

ご利用者と連帯して、本契約から生じるご利用者の債務を負担すること。

(4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、施設に残されたご利用者の所持品(残置物)をご利用者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。

(5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

① 連帯保証人の負担は、利用料1年分を限度とします。

様式 ND-006

- ② 連帯保証人が負担する債務の元本は、ご利用者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
- ③ 施設は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、ご利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
- ④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、ご利用者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

1 5. 第三者評価の有無



(有 ・ 無)

年 月 日

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

<事業者>

(事業所所在地) 三重県桑名市長島町西外面1070番地

(法人名) 社会福祉法人アパティア福祉会

(事業所名) アパティアデイサービスなないろ

(代表者名) 理事長 桑名 良輔 印

(説明者) 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定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。

<利用者>

(住所)

(氏名) 印

<代理人>

(住所)

(氏名) 印

(利用者との関係)

<連帯保証人兼身元保証人>

(住所)

(氏名) 実印

(利用者との関係)