

指定(介護予防)認知症対応型通所介護 重要事項説明書

1 事業者(法人)の概要

名称・法人種別名	医療法人 清和会
代表者名	理事長 長田 修一郎
所在地・連絡先	(住所)福岡県柳川市下宮永町523番地1 (電話)0944-72-3501 (FAX)0944-72-5027

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	デイサービス からたち
所在地・連絡先	(住所)福岡県柳川市下宮永町624番地8 (電話)0944-75-6310 (FAX)0944-75-1176
事業所番号	4072000427
管理者の氏名	柳川 弘恵
利用者定員	12名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1	0	従業者の管理及び利用の申込に係る調整、業務の実施状況の把握
生活相談員	2	2	0	利用申込に係る調整、適切な相談、援助を行なう
介護職員	5	2	3	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う
看護職員	1	0	1	利用者の保健衛生並びに看護業務を行う
機能訓練指導員	2	0	2	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

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	法人規程による休暇
生活相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	法人規程による休暇
介護職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	法人規程による休暇
看護職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務 非常勤の勤務時間帯(8:30~17:30) の間で調整	法人規程による休暇
機能訓練指導員	提供時間帯に120分以上従事	法人規程による休暇

(4) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	柳川市
------------	-----

(5) 営業日

営業日	営業時間
平日	8:30~17:30
土曜日	8:30~17:30

営業しない日	元日、日曜日
--------	--------

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア) サービス内容

種 類	内 容
サービス計画の作成及び事後評価	当事業者の管理者または生活相談員が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、(介護予防)認知症対応型通所介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況を評価し、計画の見直し・再作成を行いません。
食 事	(食事時間)12:00~12:45 栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。
入 浴	入浴又は清拭を行います。 入浴サービスは任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い身体機能の低下を防止するよう努めます。車椅子や歩行器等必要な器具を準備します。
生 活 指 導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

イ) 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割が利用者の負担額となります。利用者負担額については、以下に記載します。(介護負担割合証により2割、3割あり)

【料金表】

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です。

●基本サービス費

施設利用料(介護保険制度では、要介護認定により要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担1割分です。介護負担割合証により、2割負担の場合は1割料金の2倍、3割負担の場合は1割料金の3倍です。)

【1割負担料金】

介護度/利用時間	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要支援1	313	475	497	741	760	861	888
要支援2	347	526	551	828	851	961	991
要介護1	358	543	569	858	880	994	1,026
要介護2	394	597	626	950	974	1,102	1,137
要介護3	431	653	684	1,040	1,066	1,210	1,248
要介護4	467	708	741	1,132	1,161	1,319	1,362
要介護5	503	762	799	1,225	1,256	1,427	1,472

○7時間以上9時間未満の前後の延長サービス : 通算 9時間以上10時間未満 50円
通算10時間以上11時間未満 100円

○加算 (1日につき)

種 類	利用料	種 類	利用料
入浴加算 I	40円	サービス提供体制加算(Ⅱ)	18円
個別機能訓練加算 I	27円	若年性認知症利用者受入加算	60円

○加算 (1月につき)

種 類	利用料
科学的介護推進体制加算	40円
個別機能訓練加算Ⅱ	20円
介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の12.2%に相当する料金

○加算（6月につき）

種 類	利用料
口腔・栄養スクリーニング加算 I	20円

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、ご利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者に利用料金全額をお支払いいただきます。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 食事費

食事サービスを受ける方は、食事費の実費が必要となります。

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

○ 通常の事業の実施地域外の送迎費

2-(4)の通常の事業の実施地域外の地域にお住まいの方は、送迎費が必要となります。

※実施地域以外の地域に係る送迎の追加費用

事業所から片道10km以下のとき : 無料

事業所から片道10kmを超えるととき : 300円(往復)

○ その他の費用

サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。

お支払い頂きますと領収書を発行致します。

お支払い方法は、各口座引き落とし、現金があります。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

医療法人清和会が開設する指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所、『デイサービスからたち』が行う指定(介護予防)認知症対応型通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所でサービスの提供に当たる者が、要介護又は要支援状態にある認知症高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活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ものとする。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所相談窓口	窓口責任者 管理者：柳川 弘恵 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話 0944-75-6310 面談(当事業所相談室) 苦情箱(事業所に設置)
----------	--

その他の相談窓口	柳川市役所保健福祉部福祉課 0944-73-8111 福岡県介護保険広域連合 0944-75-6301 柳川・大木・広川支部 福岡県国民健康保険団体連合 092-642-7858 会 (国保連)
----------	---

6 緊急時等における対応方法

かかりつけ医 (緊急時希望)	病院名	病院
	主治医名	先生
	(外科系)病院名	病院
	主治医名	先生

緊急連絡先(家族等)	①氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

②氏名(続柄)	()
住所	
電話番号	

③氏名(続柄)	()
住所	
電話番号	

メールアドレス(緊急連絡先が①の方)	携帯電話・PC

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に則り、対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画に則り、年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	21個	防火扉・シャッター	なし
	誘導灯	1箇所	消火器	1台
	火災報知機	5箇所	ガス漏れ探知機	なし
	カーテン、布団等は防火性能のあるものを使用しています。			
防火責任者	柳川 弘恵			

8 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用表を提示してください。
- 施設内の設備や器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

9 自宅観察受診について

デイサービスからたち利用中に、利用者の病状に急変・感染症状のまん延・その他の緊急事態が生じたとき、又は事故が発生したときは、速やかに主治医に連絡し適切な措置を講ずるとともにそれを未然に防ぐため、ご自宅においても以下の症状がある場合は、自宅観察と同時に受診をお願い致します。

発熱 37.5℃以上(目安)
下痢
血圧の変動
転倒
食中毒
結核
意識喪失
心身の状態の著しい悪化

嘔吐
腹痛
アレルギー反応
外傷(ケガ)
インフルエンザ
喘息発作
意識混濁
その他

胸痛
誤薬
皮膚疾患(疥癬等の疑い)
咳・痰
ノロウイルス
低血糖症状
食べ物づまり

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、指定(介護予防)認知症対応型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を行ないました。

令和 年 月 日

事業者 住所 福岡県柳川市下宮永町624番地8

事業者(法人)名 医療法人 清和会
施設名 デイサービスからたち
(事業所番号) 4072000427
代表者名 長 田 修 一 郎
管理者 柳 川 弘 恵

説明者 職 名
氏 名

私は、重要事項説明書に基づいて、指定(介護予防)認知症対応型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

代理人(選任した場合) 住所

氏名

続柄 ()