

通所介護事業所しおさい 重要事項説明書
(指定認知症対応型通所介護)

あなたに対する認知症対応型通所介護サービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

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。しかし、要介護認定をまだ受けていない方でも、認定見込みのある方については、申請日からサービスの利用が可能な場合があります。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 仁摩福祉会
主たる事務所の所在地	島根県大田市仁摩町仁万843
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 石橋 秀利
電話番号	0854-88-9141

2. 利用事業所

利用事業所の名称	通所介護事業所しおさい (指定認知症対応型通所介護)
事業者番号	3271700092
所在地	島根県大田市仁摩町仁万843
電話番号	0854-88-9141
管理者氏名	橘 厚子
第三者評価の実施状況	<ul style="list-style-type: none">第三者評価の実施の有無 有実施した直近の年月日 令和4年3月22日実施した評価機関の名称 (有) 保健情報サービス評価結果の開示状況 独立行政法人福祉医療機構の運営する「福祉保健医療情報ネットワークシステム (ワムネット)」に掲載

事業の目的と運営方針

事業の目的	介護保険法の理念に基づき適正な運営を確保するため人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者に対して、認知症対応型通所介護を提供することにより自立した生活がおくれるよう機能訓練、入浴、食事、その他生活全般に亘り適正な支援介護事業を提供する
-------	--

	ことを目的とする。
運営の方針	要介護者の心身の特性を踏まえその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう機能保持、機能回復訓練、健康管理等を目的に生活全般に関わる援助を行う。

4. 利用事業所の職員体制

利用事業所の従業員の職種	員数	職務内容
管理者	1名	管理・監督、センター業務の統括
生活相談員	1名以上	利用者申込に係る調整、認知症対応型通所介護計画の作成 相談・援助業務
看護職員・介護職員	2名以上	日常生活上の介護、その他必要な業務
機能訓練指導員	1名以上	心身機能の低下の防止及び維持回復を図る為の訓練の実施、個別機能訓練計画書の作成
事務職員	1名	庶務、会計

5. 定員、営業時間及びサービス実施地域・設備等

定員	12名
営業日	月曜日～金曜日 ただし、1月1日～1月3日までを除く
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時15分～午後4時25分
通常の事業の実施地域	大田市
利用可能設備等	食堂兼機能訓練室72㎡ 相談室、静養室、浴室（普通浴槽）、送迎車3台

6. サービス及び利用料金（法定代理受領を前提としています。）

認知症対応型通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、その他必要な介護等を行います。

(1) 基本料金（7時間～8時間の場合）※10%割引適用

区分	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の
----	------------	----------

		1日当たり自己負担（1割）
要介護度1	¥8,050	¥805
要介護度2	¥8,900	¥890
要介護度3	¥9,770	¥977
要介護度4	¥10,650	¥1,065
要介護度5	¥11,500	¥1,150

（2）加算・減算料金（1割負担の場合） ※10%割引適用

・ 個別機能訓練加算（Ⅰ）

機能訓練指導員（看護職員等）により、ご利用者の心身等の状況に応じて、個別機能訓練計画を作成し、日常生活を送るのに必要な機能を回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

1日あたり ¥240

但し、介護保険適用時の自己負担額は¥24です。

・ 個別機能訓練加算（Ⅱ）

個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために、必要な情報を活用した場合に算定します。

ひと月あたり ¥180

但し、介護保険適用時の自己負担額は¥18です。

・ 入浴介助加算

入浴介助、入浴中の利用者の観察を含む介助を行います。

1日あたり ¥360

但し、介護保険適用時の自己負担額は¥36です。

・ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

利用開始時及び利用中6カ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を担当する介護支援専門員に提供します。

1回あたり ¥180

但し、介護保険適用時の自己負担額が¥18です。

・ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、当該情報をサービス提供、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合に算定します。

1月あたり ¥360

但し、介護保険適用時の自己負担額は¥36です。

・ サービス提供体制強化加算（I）

介護職員の内、勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている場合に算定します。

1回あたり ¥200

但し、介護保険適用時の自己負担額は¥20です。

・ 介護職員等処遇改善加算 I

基本サービス費と各種加算の1月分の合計額に18.1%を乗じた額を算定します。職員の資質向上、サービスの質の確保・人材確保等を目的に介護職員の処遇改善を実施するための加算です。

・ 送迎減算

利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等、事業所が送迎を実施していない場合は減算となります。

片道あたり △¥470

但し、介護保険適用時の自己負担額は△¥47です。

※（1）（2）の自己負担額は、1割負担の額を記載しています。2割負担の場合はその2倍の額、3割負担の場合はその3倍の額となります。

※ 社会福祉法人による利用者負担軽減制度について

保険者市町村が対象と認めた場合は、サービスの利用者負担額が軽減されます。保険者市町村各介護保険担当窓口へご相談ください。

※ 高額介護サービス費について

ひと月の介護サービス費の自己負担額が高額になり、一定額を超えたときは、保険者市町村への申請により、支払後に高額介護サービス費が支給されます。該当の方には、申請書が送付されますので、必要事項を記入の上、市役所介護保険課又は、各支所市民生活課に提出してください。

（3）その他の費用

・ 食事の提供にかかる費用

ご利用者に提供する昼食の材料費や調理等にかかる費用です。

1食あたり ¥600円（全額自己負担）

※医師の診断により特定食材が禁止されている場合は、代替食を提供します。

ただし、その際は診断書または指示書の提出が必要です。

- ・ 行事の伴う弁当代（全額自己負担で金額についてはその都度連絡します）
- ・ その他行事によっては別途参加費等がかかるものもございます。
- ・ 送迎サービス

ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

※但し、通常の事業の実施地域（大田市）を越えて行う通所介護サービスに要した送迎車の交通費を頂きます。

通常実施地域の境界から1キロメートルにつき¥50を積算した額

（全額自己負担）

7. サービス利用に当たっての留意事項

送迎時間	<p>朝8時40分頃しおさいを出発し皆様のお宅へ廻ります。前後のご利用者の都合により、時間にずれが生じる場合もございますので、ご自宅内でお待ちください。</p> <p>夕方16時25分過ぎにしおさいを出発し皆様のお宅に帰ります。尚、道路事情により、送迎時間のずれが生じる事があります。</p>
金銭・貴重品の管理	<p>原則として貴重品・金銭の持ち込みはご遠慮願います。万が一持ち込みがあった場合で、申し出があれば事務所で保管することもできます。ご利用者同士での金銭等の授受はご遠慮願います。</p>
所持品の持ち込み	<p>施設の構造上、最低限度必要なものに限らせていただきます。</p>
設備・器具の利用	<p>機能訓練室における機能訓練設備の利用の際は、必ず機能訓練指導員の指示の基に行われるものとし、ご利用者が単独で機能訓練を行う場合に当たっては、事前に機能訓練指導員の許可を得るものとし、その他、施設内の居室や設備、器具は事業所の従業員の指示の基にご使用下さい。但し、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ございます。</p>
飲酒・喫煙	<p>喫煙は固くお断りいたします。飲酒はこちらで準備する以外は飲酒できません。ご利用日の前日の自宅での飲酒は深酒にならない程度でお願い致します。</p>
体調不良時等の対応	<p>原則としては、在宅での医療管理をしている主治医へ受診をしていただきます。その際の送迎は自宅までとさせていただきます。病院までの送迎や受診付添はできません。容態により直接ご家族にお迎えに来ていただく事もございます。</p>
宗教活動・政治活動	<p>しおさい内での他利用者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮願います。</p>
ペットについて	<p>ペットによる事故を防ぐため、職員が利用者の送迎に訪問する際には、ペット類はゲージに入れるかリードでつないでおく等、直接触れることのないようお願い致します。</p> <p>なお、これに反した利用により事故等が生じた場合は、ご利用を</p>

	中止させて頂くことがあります。
その他	他の利用者や職員に対して、人権を著しく傷つけるような言動や行為、ハラスメント行為はお止め下さい。 なお、これに反した場合はご利用を中止させて頂くことがあります。

8. 苦情処理の体制

ご利用者、ご家族様よりの相談（苦情）に適切に対応する体制を整えております。

ご相談（苦情）については、解決責任者、受付担当者及び第三者委員を置き利用者、ご家族様からの相談（苦情）に対応いたします。

- (1) 苦情受付担当者 リーダー **前島 千春** TEL.0854-88-9141
- (2) 苦情解決担当者 管理者 **橘 厚子** TEL.0854-88-9141
- (3) 苦情解決責任者 施設長 **加藤 常德** TEL.0854-88-9141
- (4) 苦情対応委員会 全職種より代表の職員10名にて構成
連絡先～社会福祉法人 仁摩福祉会 TEL.0854-88-9141
- (5) 第三者委員 **坂本 弥生** TEL.080-2723-0457
浅原 潤子 TEL.080-2723-0160

利用者・相談窓口 (利用に関するの問合せ、変更等)	受付時間 平日 午前8:30～午後5:30 電話 0854-88-9141 面接 場所 通所介護事業所しおさい相談室
第三者委員	受付時間 平日 午前10:00～午後4:30
大田市役所	受付時間 平日 午前8:30～午後5:15 電話 0854-83-8063 面接 大田市役所 介護保険課
島根県国民健康保険団体連合会	受付時間 平日 午前9:00分～午後5:00 電話 0852-21-2811 面接 島根県国保連合会 介護サービス苦情相談窓口

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に体調の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医又は事業者の協力医療機関に連絡する等必要な措置を講ずるほか、速やかにご家族・居宅介護支援専門員等へ連絡します。

協力医療機関	医療機関の名称 所在地 電話番号 診療科 入院設備 救急指定の有無	須田医院 島根県大田市仁摩町仁万 862-1 0854-88-2124 内科、小児科、診療内科 無 無
	医療機関の名称 所在地 電話番号 診療科 入院設備 救急指定の有無	仁摩診療所 島根県大田市仁摩町仁万 1435-3 0854-88-9030 内科、循環器科 無 無
	医療機関の名称 所在地 電話番号 診療科 入院設備 救急指定の有無	大田市立病院 島根県大田市大田町吉永 1428-3 0854-82-0330 内科、外科、眼科、精神科、消化器科 有 有
	医療機関の名称 所在地 電話番号 診療科 入院設備 救急指定の有無	泉歯科医院 島根県大田市仁摩町仁万 524-1 0854-88-3881 歯科 無 無

10. 非常災害対策

非常災害時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回、ご利用者にも参加していただき行います。

11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

12. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催します。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (4) 上記の措置を適切に実施するための担当者を設置しています。
虐待防止に関する担当者 管理者 橘 厚子
- (5) 成年後見制度の利用を支援します。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

13. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご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。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は、ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業者は、ご利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

令和7年10月1日更新

令和 年 月 日

認知症対応型通所介護サービスの提供に当たり、利用者に対し本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 名称 通所介護事業所しおさい
認知症対応型通所介護事業（島根-3271700092）
管理者名 橋 厚子 印

説明者 所属 通所介護事業所しおさい
氏 名 印

私は、本書面により、事業者から認知症対応型通所介護についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住 所
氏 名

代筆の場合の代筆者氏名

氏 名 (続柄)

家族等

住 所

氏 名

(続 柄 :)