

【共用型認知症対応型通所介護・介護予防】重要事項説明書

(株) ベストビジネスコミュニケーション

認知症対応型グループホーム 結の郷

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(沖縄県指定 第 4792400030号)

当事業所はご利用者に対して指定共用型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、利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業主体概要

| | |
|--------|-----------------------|
| 事業者の名所 | 株式会社 ベストビジネスコミュニケーション |
| 所在地 | 沖縄県中頭郡北谷町桑江580-15 2F |
| 代表者名 | 與儀 政作 |
| 電話番号 | 098-989-8439 |

事業所の理念

利用者一人一人の尊厳を守る結の郷

笑顔の絶えない結の郷

利用者が安らげる結の郷

家族と同じように真心で接する結の郷

ご家族が安心できる結の郷

地域に信頼され貢献できる結の郷

結の郷は、職員一人一人が理念を共有し、研鑽し良質な介護サービスの提供に努める施設です。

2. 事業所の概要

| | |
|--------|------------------|
| 事業所の種類 | 共用型指定認知症対応型通所介護 |
| 事業所の目的 | (介護予防)認知症対応型通所介護 |
| 管理者氏名 | 崎原 栄子 |
| 事業所の所在 | 沖縄県北谷町吉原1180-1 |
| 電話番号 | 098-923-1627 |
| 開設年月日 | 平成28年05月01日 |

3. 事業所の基本方針と目的

| | |
|-------|--|
| 基本方針 | 本事業の社会的意義と責任を深く認識し、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者に対してその権利を尊重し、礼節と尊厳をもって接するように努めます。 |
| 事業の目的 | 認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の下で日常生活の介助と通じて、安心と安らぎと尊厳のある生活を営むことを支援します。 |

4. 施設の概要

(1)敷地・建物

| | |
|------|------------------|
| 敷地 | 380. 76㎡ |
| 構造 | 3階建て(RC造り) |
| 述べ面積 | 449. 47㎡(13.9 坪) |
| 利用定員 | 9名 |

(2)主な設備

| | | |
|---------|-----|-----------------|
| 台所・食堂 | 1ヶ所 | 1階 |
| 多目的ホール | 1ヶ所 | 1階1ヶ所(24畳)2階1ヶ所 |
| トイレ | 3ヶ所 | 1階2ヶ所 2階1ヶ所 |
| 浴室 | 2ヶ所 | 1階1ヶ所 2階1ヶ所 |
| 居室(2F) | 9 室 | 2階9室 |
| 事務室 | 1ヶ所 | 1階 |
| Web カメラ | 1ヶ所 | 1階1ヶ所(24畳) |

5. 職員の体制内容等

(1)管理者 1 名

職員と業務の管理、基準遵守のための指揮命令、利用申込みの調整、サービス実施状況の把握

(2)計画作成担当者 1名

(介護予防)認知症対応通所介護サービス計画の作成、説明を行う。

(3)介護従事者 1 名

利用者への介護、その他の(介護予防)指定通所介護サービスの提供に従事する。

6. 勤務体制（認知症対応型グループホームと共用型認知症対応型通所介護）

(1) 昼間の体制 4名（内訳）早出 07:00～16:00

日勤 08:30～17:30(担当通所介護職員)

日勤 09:00～18:00

遅出 13:00～22:00

(2) 夜間の体制 1名 夜勤 16:00～09:00

7. 利用定員

通所介護利用定員 :3名(1日)

8. 事業実施地域及び営業時間

(1) 事業所の実施地域

北谷町

(2) 営業及び営業時間

| | |
|----------|-------------------|
| 営業日 | 月曜日から日曜日(1月1日を除く) |
| 営業時間 | 8時30分～18時00分 |
| サービス提供時間 | 9時00分～17時30分 |

9. 介護保険給付対象サービスの費用に関すること

(1) 保険給付サービス(通所介護サービス)

食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中で機能訓練、健康管理、相談、援助等。

上記については包括に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令)により変動あり、自己負担となります。

(2) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|---------|---|
| 日常生活の援助 | ・認知症による生活の不便や障害を考慮し、できる限り有する能力を生かした日常生活が営めるよう必要な援助を行います。 |
| 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。 ・おむつを使用する方に対しては適宜交換します。 |
| 入浴 | ・入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(体を拭く)、洗髪などを行います。 |
| 着替 | ・介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。 |

| | |
|------------|---|
| 移動、外出等 | ・移動時の転倒予防に努め、身体状態に合わせて介助や福祉用具の活用を行い、転倒予防に努めます。 |
| 食事 | ・食事は原則として利用者と介護従事者が共同で調理します。 昼食12時30分 ※利用者と介護従事者で調理するため時間が遅れる場合があります。 |
| レクリエーション活動 | ・利用者の希望に沿って諸活動を行います |
| 体調確認 | ・健康確認(血圧、体温、脈拍)を行い、健康管理に努めます。 また、体調の変化や緊急時等、必要な場合には速やかに主治医又は当該協力医療機関等に連絡調整を行い、必要な措置を講じます。 |
| 送迎 | ・事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車イス又は歩行介助により送迎を行うことがあります。 |
| 相談 | ・当事業所では、利用者およびその家族等からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。 |

(3) 介護保険給付対象サービスと利用料金(介護保険一割負担金の場合)

※保険負担割合証に記載の負担割合分をお支払頂きます。

当施設における要介護別のサービス利用料金は以下とおりです。(所要時間 8 時間以上9時間未満)

| 要 介 護 度 | 1日あたり(介護保険適用時の1日当たりの自己負担額1割の場合) (単位:円) |
|---------------|---|
| 要支援1 | 500円 |
| 要支援2 | 529円 |
| 要介護1 | 540円 |
| 要介護2 | 559円 |
| 要介護3 | 578円 |
| 要介護4 | 597円 |
| 要介護5 | 618円 |
| 入浴介助加算 (Ⅰ) | 1日につき 40円 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 所定単位数×15.0% |

※利用者様が、要介護認定を受けていない方がサービスを受けた場合には、サービス利用料金の金額を全額お支払いしていただきます。要介護認定を受けた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。上記のように償還払いになる場合には、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手續したうえで、記載した「サービス提供証明書」を交付します。

介護保険から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

※介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するための賃金改善や資質の向上等の取組
 米を行う事業所に認められた加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外
 です。

9. 介護保険給付対象外のサービス

| 項 目 | 利 用 料 |
|------------|---|
| 食費 | ご契約者に提供する食事の材料費に係る費用です。 朝食400円 昼食500円 夕食500円 おやつ260円 |
| 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活動に参加して頂くことが出来ます。 レクリエーション活動費用としていただきます。 費用が必要な場合は、その都度、家族へ通知及び確認させていただきます。 |
| 日常生活費 | 日常生活品の購入代金等ご契約者の日常に要する費用でご契約者に負 担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。 1ヶ月 1,000円（活動費、日常生活費、手工芸代含む） 別途料金 オムツ 150円 板パット 50円 尿パット 50円 |
| 時間延長費 | 延長1時間迄1回あたり自己負担500円です。 |

◎上記の介護保険対象外サービスは月末に集計し翌月に支払いして頂きます。

10. 協力医療機関

(1) 協力医療機関名

| | | |
|------------------|------------------------------------|--|
| 医療法人 翔南会 翔南病院 | 沖縄市山内 3-14-28 電話 098-930-3020 | 利用者に病状の急変があった 場合に診療を依頼 |
| マリン在宅クリニック | 沖縄市泡瀬 2 丁目 3-17 電話 098-989-9155 | ※家族希望(個人契約) ・24 時間 365 日体制 ・月 2 回の訪問診療 |

(2) 協力介護施設

| | | |
|-----------------|-------------------------------|-------------|
| 介護老人福祉施設 陽明園 | 北谷町字吉原 265 電話 098-936-3565 | サービス提供体制の確保 |
| 介護老人保健施設 白川園 | 北谷町字吉原 265 電話 098-936-5051 | サービス提供体制の確保 |

(3) 協力歯科医院

| | | |
|----------|---------------------------------|----------------------|
| サザン歯科まえた | 浦添市前田 1-10-7 電話 098-875-4618 | 訪問診療での 口腔内の健康管理全般 |
|----------|---------------------------------|----------------------|

11. サービスの利用方法

(1) サービス利用開始

最初は、お電話等で御相談下さい。職員が事業所の説明にお伺いいたします。又は、来所での説明も可能です。サービス提供が決まりましたら、契約を結び、通所介護契約を結び、通所介護計画を作成して、サービス提供開始します。すでに利用されているケアマネジャーがおられる場合は、当事業者と契約する前にケアマネジャー等とご相談ください。

12. サービスの利用条件

(1) 利用者の条件

次の各号に適合する場合、指定(介護予防)認知症対応型通所介護の利用ができます。

- ① 北谷町に住所を有する方
- ② 医師から認知症の診断を受け、要介護認定において要支援、要介護認定を受けられている方。
- ③ 自傷他害及び他の利用者への迷惑行為、利用者自身に危険が生ずる状態が頻繁に発生する恐れがないこと。
- ④ 常時、医療機関において治療をする必要がないこと。
- ⑤ 本契約に定めることに承認し、重要事項説明書に賛同できること。

(2) 身元引受等の条件・義務

身元引受人は1名定めさせていただきます。

身元引受人は、契約上の債務について契約者と連携して身の上監護に関する決定、利用者の引き受け、残置財産の引き取り等を行うことに責任を負います。利用者代理人と身元引受人は同じ方であっても可能です。

13. サービス利用をやめる場合(契約終了について)

(1) 利用契約者による解除

文書で7日前の予告期間を置いて通知することにより、いつでも契約解除ができます。

(2) 事業所による解除

以下の場合、一定の予告期間をおいて契約を解除することがあります。

正当な理由なく利用料その他、自己の支払うべき費用を2ヶ月以上滞納した場合。

- 1) 伝染病疾患により、他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、サービス利用が困難な場合。
- 2) 利用者の行動が他の利用者の生活、または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業所が判断したとき。
- 3) 利用者が、病気の治療等1ヶ月以上サービスを休まれることが決まり、その移動先が受入可能となったとき。またはサービスを休んだ期間が効果的に1ヶ月以上となったとき。
- 4) 利用者又は、利用者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をして、改善の見込みがないとき。

14. 非常災害時の対策

サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は日常的に具体的に対処方法、避難経路及び協力医療機関との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。

- 1) 非常災害提供に備えて必要な設備を設け、防災、避難に関する計画を作成する。
- 2) 非常災害に備えて、少なくとも年2回は避難、救出その他必要な訓練等を行う。

| | | | | |
|----------|---|-----|---------|-----|
| 近隣との協力関係 | 近隣住民や町内会と連携し、非常時の相合の応援を約束しています。 | | | |
| 平常時の訓練等 | 年の2回は、避難・防災等の訓練を職員、利用者共に参加して実施します また、消防署より年2回の検査実施と施設側より年1回の報告を行います。 | | | |
| 防 災 設 備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 32個 | 屋内消化栓 | 5個 |
| | 煙感知器 | 15個 | 屋外消火栓 | 1個 |
| | 自動火災報知機 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 誘導灯 | 3個 | 漏電火災報知機 | あり |
| | ガス漏れ報知機 | あり | 非常用電源 | あり |
| | 施設内のカーテン等は、防煙性能のあるものを使用しております。 | | | |

15. 秘密保持等

- (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業所及び事業所の従業員は、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。

この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。

- (2) 従業員に対する秘密の保持について

就業規則にて従業員は、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保持する義務を規定しています。また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。

- (4) 指定居宅介護事業者等に対して、入居者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入居者またはその家族の同意を得る。

16. 衛生管理

- (1) 事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。

また、空調設備により適温の確保に努めます。従業員の健康管理を徹底し、従業員の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講じるとともに、従業員に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教員の徹底を図っています。

17. 運営推進会議の概要

(1) 運営推進会議の目的

指定(介護予防)共用型認知症通所介護に関して活動状況を報告し、運営推進会議の委員から評価、要望、助言等を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるように設置します。より地域に開かれた事業所を目指します。

(2) 開催時期

おおむね2ヶ月に1回以上開催します。

18. 高齢者虐待防止について

(1) 高齢者虐待防止等のための取組み

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

- 1) 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- 2) 個別支援計画の作成にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- 3) 従業員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。

19. 事故発生時の対応

当施設において、利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合は、迅速に必要な措置を講じるとともに、管理者に報告し、速やかに利用者の家族等、に連絡を行う。また、事故の状況及び事故に際してとった処遇について記録する。

20. 身体拘束等について

(1) 身体拘束等の禁止

事業所及びサービス従業者は、契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、身体的拘束その他契約者の行動(以下「身体的拘束」)を制限しません。

(2) 緊急やむ得ない場合の検討

緊急やむ得ない場合に該当する、以下の要件をすべて満たす状態であるか、管理者、計画作成担当者、介護職員で構成する「身体拘束廃止委員会」で検討会議を行います。

個人では判断しません。

- 1) 当該利用者又は、他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる危険性が著しく高い場合
- 2) 身体抑制その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない。
- 3) 身体抑止、その他の行動制限が一時的である。

(3) 家族への説明

緊急やむ得ない場合は、予め利用者の家族に身体拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間帯、期間等を詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとしします。

(4) 身体拘束の記録

身体拘束を行う場合には、上記の検討会議録、利用者の家族への説明、経過観察や再検討の結果等を記録します。

(5) 再検討

身体的拘束等を行った場合は、日々の心身の状態等の経過観察を行い「身体拘束廃止委員会」で検討会議を行い、拘束の必要性や方法に関する再検討を行い、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体拘束等を解除します。また、一時的に状態を観察する等の対応も考えます。

21. 苦情処理の体制

- (1) 苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じて訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。対応方法に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します)
- 苦情又は相談については、事業所として苦情相談の内容・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

(2) 事業所苦情相談窓口

苦情受付窓口 管理者 崎原 栄子

| | |
|--------|------------------|
| 利用時間 | 月～金 8時30分～17時30分 |
| 連絡先 | 電 話 098－923－1627 |
| 苦情ボックス | 施設内に設置 |

(3) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-----------------------|--|
| 北谷町役場 福祉課 | 所 在 地:沖縄県中頭郡北谷町桑江一丁目1番1号 電話番号:098－936－1234(内線 236/237) 受付時間:8:30～17:00 |
| 沖縄県介護保険 広域連合 | 所 在 地:沖縄県中頭郡読谷村字比謝缸55番地 比謝缸複合施設 2 階 電話番号:098－911－7502 受付時間:9:00～17:00(土・日・祝日除く) |
| 国民健康保険団体連合会 介護苦情相談 | 所 在 地:沖縄県那覇市西 3 丁目14番18号 電話番号:098－860－9026 受付時間:9:00～17:00(土・日・祝日除く) |

令和 年 月 日

| | | |
|------|--|---|
| 事業者名 | (株)ベストビジネスコミュニケーション | |
| 所在地 | 沖縄県北谷町吉原1180番地1 | |
| 代表者 | 與儀 政作 | 印 |
| 電話番号 | 098-923-1627 | |
| 事業所名 | 指定(介護予防)共用型認知症対応型通所介護 認知症対応型グループホーム 結の郷 | |
| 管理者 | 崎原 栄子 | 印 |

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所
氏 名 印

家族・代理

住 所

氏 名

印