

指定(介護予防)認知症対応型通所介護

重要事項説明書

医療法人社団 明佑会

ハートケア

ひかり

この「重要事項説明書」は、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準及び「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに関する基準に基づき、指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1.事業者（法人）の概要

<令和5年5月1日現在>

名称	医療法人社団 明佑会		
所在地	〒866-0061 熊本県八代市渡町1717番地		
法人種別	医療法人社団		
代表者	理事長 峯苔 貴明		
連絡先	TEL	(0965) 62-8721	FAX (0965) 62-8725

2.事業所の概要

名称	ハートケア ひかり		
所在地	〒866-0061 熊本県八代市渡町1717番地		
開設者	峯苔 貴明		
管理者	石山 勝		
連絡先	TEL	(0965) 62-8468	FAX (0965) 62-8467
	E-mail	hchikari@minetoma-hos.jp	
事業実施地域	熊本県八代市		
営業日	月曜日から日曜日		
営業時間	午前8時30分～午後16時30分		

3.建物・設備の概要

敷地面積	7,349 m ²
構造・階数	木造1階建て
延床面積	423,03 m ²
利用定員	3名
共用施設	食堂・居間・台所・浴室・脱衣室・地域交流（多目的）室・便所

4.事業の目的及び運営方針

要支援又は要介護で認知症の状態にある者(認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。以下「要介護者等」という。)に対し、利用者の社会的孤立の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る為、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とする。また、併せて指定介護予防認知症対応型通所介護事業は、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

5.職員の体制

勤務形態	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者		1名(介護従事者と兼務)		
職務内容	事業所の従事者の管理及び業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、従事者に事業の実施に関し法令等を遵守させる為の必要な指揮命令を行う。			
計画作成担当者		1名(介護従事者と兼務)		
職務内容	認知症対応型通所介護計画及び介護予防認知症対応型介護計画(以下「介護計画」という。)の作成に当たる。また、その実施状況及び達成状況の記録を行う。			
介護従事者	4名以上	1名以上(管理者・計画作成担当者と兼務)	1名以上	
職務内容	介護計画に基づき、必要な日常生活上の介護を行う。			

6.職員の勤務体制

区分	勤務時間	
・常勤専従	① 7:00~16:00	⑦ 7:00~11:00
	② 8:00~17:00	⑧ 7:00~13:00
・非常勤専従	③ 10:00~19:00	⑨ 6:30~15:30
	④ 11:00~20:00	⑩ 10:00~19:00
・常勤兼務	⑤ 16:30~翌9:30	⑪ 8:00~12:00
	⑥ 9:00~18:00	

7.サービスの内容と利用料について

(1) (介護保険給付サービス)

種類	内容	利用料 (1日) 下記単価記載。
計画の作成 及び評価	計画作成担当者が、ご利用者又はご利用者の代理人、家族又は身元引受人もしくはその後見人等の希望をもとに介護従業者と協議の上、(介護予防) 認知症対応型通所介護計画を作成します。ご利用者に対する心身の状態観察や、介護等から直面している課題等を評価しご利用者及びご利用者の代理人、家族又は身元引受人もしくはその後見人に説明し、同意を得るものとします。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を书面(サービス報告書)に記載し説明のうえ交付します。	(介護予防) 認知症対応型通所介護費 (Ⅱ) ○3時間以上4時間未満の場合 ・要支援1 247単位 ・要支援2 461単位 ・要介護1 266単位 ・要介護2 276単位 ・要介護3 285単位 ・要介護4 294単位 ・要介護5 304単位
食事	ご利用者の心身の状況、嗜好、栄養バランスに配慮した食事を提供します。※食材料費は給付対象外。食事においては離床し、食堂にてとっていただくよう配慮します。 昼食 12:00～, おやつ 15:00～ 食事時間(ご利用者の生活やペースに合わせて対応します)	○6時間以上7時間未満の場合 ・要支援1 423単位 ・要支援2 446単位 ・要介護1 456単位 ・要介護2 471単位 ・要介護3 488単位 ・要介護4 505単位 ・要介護5 521単位
排泄	ご利用者の心身の状況に応じ、適切な方法により排泄の自立について必要な援助を行います。	○入浴介助加算Ⅰ 40単位
入浴	ご利用者の心身の状況に応じ、適切な入浴の介助と入浴の自立支援及び清拭を行います。	○サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位
機能訓練	離床援助、菜園、家事、掃除、洗濯共同作業、屋外散歩や外出による生活機能の維持・向上改善に努めます。	○若年性認知症利用者受け入れ加算 60単位
送迎	事業者が保有する自動車によりご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、道路が狭い等の事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いすその他福祉用具を使用し送迎を行います。	○介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数×10.4%
相談及び援助	ご利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。	○介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数×3.1%
レクリエーション	ご利用者の能力に応じて、個別的若しくは集団的にレクリエーション(歌唱、体操等)を行い、生活機能の維持・向上改善に努めます。	○認知症対応型通所介護 ベースアップ等支援加算 2.3% ※各種加算の算定に関しては、 ご利用者様毎に異なります。 ※介護保険改定に伴い自己負担額の変動がある場合があります。

※上記料金表内の介護保険利用料に関しては1割負担の場合の単位数

※法定代理受領分においては介護報酬告示上の額に、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とし、法定代理受領分以外は介護報酬告示上の10割の支払いを受けるものとします。

(2) 介護保険給付外費用

種類	内容		
※下記は介護保険給付の対象外の費用です。実費をお支払いください。			
昼食費	580円/食	オムツ代	75円/1枚
※通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供した場合は、下記の交通費を請求致します。			
交通費	実施地域を超えた時点から片道1km未満	30円	
	実施地域を超えた時点から片道1km以上	40円/1kmあたり	
※通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供した場合の交通費			
娯楽費	・実費をお支払いください。		
その他	※上記の他、医療費、行事にかかる費用など指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供において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り、その利用者様にご負担頂くことが適当と認められる費用においては、別途自己負担になりますので必要時に実費をお支払いください。		

8. 利用料、利用者負担額その他の費用の請求及び支払方法について

①請求方法等 (介護保険を適用する場合)、 その他の費用の請求方法等	利用料、利用者負担額その他の費用の額は、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請求致します。 上記に係る請求書は、毎月10日までに「7. サービスの内容と利用料」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。
②支払い方法等 (介護保険を適用する場合)、 その他の費用の支払い方法等	利用者負担額及びその他の費用の支払いは、原則としてご指定金融機関口座からの自動振替とさせていただきます。利用料は、1カ月単位とし、当該月の利用料は翌月20日にご利用者様が指定する口座より振替えますので、20日までにご準備下さい。 ※入金確認後、領収証を発行致します。

※費用 利用者負担額、減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

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、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。領収証は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となりますので保管ください。

※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、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。領収証は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となりますので保管ください。

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由が

ないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

9. 利用に当たっての留意事項

面 会	来訪者は面会の都度、職員に届け出てください。
迷 惑 行 為	承諾、許可なしに他のグループホーム入居者の居室に立ち入らないでください。
喫 煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
宗教・政治活動	住居内での他の利用者に対する執拗な宗教及び政治活動はご遠慮ください。
動 物 飼 育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

※その他上記に記載のない事項、ご要望ご不明な点は随時ご相談に応じます。

10. サービス内容に関する苦情等相談窓口

苦情・相談窓口	窓口担当者・・・管理者/主任/計画作成担当者 TEL(0965)62-8468 FAX(0965)62-8467 E-mail: hchikari@minetoma-hos.jp
	※その他 事業所訪問による面接は随時対応致します。
解決責任者	介護事業部統括部長

※上記にて解決困難な場合は、下記にも申し立てが出来ますので、その際は必要な報告や諸手続き・連携・協力をお願い致します。

八 代 市 介 護 保 険 課	TEL(代表) (0965) 33-4145
熊本県国民健康保険団体連合会	TEL(代表) (096) 214-1101

11. 非常災害時の対策

非常時の対応 別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。 別途定める「医療法人社団明佑会 グループホーム ひかり消防計画」にのっとり年2回、3月と11月に夜間及び昼間を想定した地域との共同避難訓練を、利用者の方も参加して行います。

○消防用設備等の種類

八代広域行政事務組合消防長より平成25年2月27日に下記の消防用設備等、消防法第17条の技術上の基準又は設備等設置維持計画に適合していることの証明を得ています。

- ・消火器具 粉末ABC10型 2個 ・特定施設水道連結型スプリンクラー設備
- ・自動火災通報装置・火災通報装置・誘導灯 避難口 (B級) 5個
- ・共同空間及び各居室のカーテンは防炎性能のあるものを使用しています。

12. 衛生管理等

指定(介護予防)認知症対応型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、感染症の予防又は衛生上必要な措置を講じます。指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所において感染症が発生し、また、まん延しないように必要な措置を講じます。食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、

必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

13.事故発生時の対応方法について

事故発生時の処置	サービス提供により事故が発生した場合には、応急処置や医療機関への連絡の必要な処置を講ずるとともに、利用者の家族に連絡を行います。また、必要に応じて市町村に報告します。
損害賠償	サービスの提供により、事業所の責任と認められる事由によって、利用者に損害(人身障害又は財物損壊)を与えたことについて法律上の賠償責任を破る場合には、速やかに損害賠償を行います。
事故後の措置	事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、事故の原因を解明し事故を防ぐための対策を講じます。
保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
加入保険名	居宅介護事業者賠償責任保険

14.虐待の防止の対策

事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げる通り必要な措置を講じます。	
1.	成年後見人制度の利用を支援します。
2.	苦情解決体制を整備しています。
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。

15.身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合等、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる際は、利用者及び利用者の代理人、利用者の家族又は身元引受人もしくはその後見人に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、事業者として、身体拘束を無くすための取り組みを積極的に行います。	
1 . 緊 急 性	直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
2 . 非 代 替 性	身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限ります。
3 . 一 時 性	利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事が無くなった場合は、直ちに身体拘束を中止します。

16.緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者に病変の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及び利用者が予め指定する連絡先に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

・緊急連絡先一覧

主治医	医療機関名	医師名
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 1	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯
緊急連絡先 2	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯
緊急連絡先 3	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯

17.協力医療機関等

【名称】医療法人社団 明佑会 峯苔医院

診療科：整形外科、外科、リハビリテーション科、内科、胃腸内科、循環器内科

所在地：〒869-6105 熊本県八代市渡町 1717 番地

電話番号 (0965) 62-8721 FAX (0965) 62-8725

【名称】松下歯科医院

診療科：歯科

所在地：〒866-0062 熊本県八代市豊原中町 2360-1

電話番号 (0965) 65-9801

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実施日	令和4年2月23日
		結果の開示	① あり 2 なし
	2 なし		
自己評価及び外部評価の実施状況	① あり	実施日	令和4年2月23日
		評価機関名称	特定非営利活動法人 あすなろ福祉サービス評価機構
	結果の開示	①あり 2 なし	
2 なし			
第三者評価の実施状況	① あり	実施日	令和4年3月24日
		評価機関名称	あすなろ福祉サービス評価機構
	結果の開示	①あり 2 なし	
2 なし			

同意書

私は、この重要事項説明書に基づいて、事業者（乙）より指定（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、この内容に同意いたします。

一、（介護予防）認知症対応型通所介護サービス内容説明書

一、（介護予防）認知症対応型通所介護重要事項説明書

※ サービス利用「請求書」及び「領収書」の送付先にチェックをお願いいたします。

【その他の送付先】（住所）〒

（氏名）

○ 利用者（甲）様へお渡しする場合、チェックまたは送付先の記入は不要です

令和 年 月 日

利用者（甲） 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者家族代表 住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人 住所 _____

氏名 _____ (印)

（ご利用者様本人の判断能力又は身体機能に障害が見られる場合において代筆が必要な場合等選任した場合）

当事業者は、利用者（甲）に対し「重要事項説明書」に基づいて、（介護予防）認知症対応型通所介護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

説明者 職名 管理者
氏名 石山 勝 (印)

事業者（乙） 所在地 熊本県八代市渡町 1717 番地
事業者（法人）名 医療法人社団 明佑会
事業所名称 ハートケア ひかり
代表者名 理事長 峯苔 貴明 (印)