

重 要 事 項 説 明 書

(こもればの郷指定介護予防認知症対応型通所介護)

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(山形県指定 第 0670800986 号)

当事業所はご利用者に対して指定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とおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果『要支援』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 正覚会
(2) 法人所在地 山形県酒田市黒森字葭葉山54番10
(3) 電話番号 0234-92-3355
(4) 代表者氏名 理事長 池田 美千代
(5) 設立年月日 平成10年8月6日

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16年11月30日指定 山形県0670800986号
- (2) 事業所の目的 地域密着型サービスとして、可能な限りその居宅において、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して、ご利用者に対し第4条及び第5条に定める介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 こもればの郷指定介護予防認知症対応型通所介護事業所
- (4) 事業所の所在地 山形県酒田市黒森字境山616番1
- (5) 電話番号 0234-92-3427
ファクシミリ番号 0234-92-3351
- (6) 管理者 氏名 金 内 仙 之
- (7) 事業所の状況 敷地 687.99㎡
建物の構造 鉄骨造 亜鉛メッキ鋼板ふた
延べ床面積 147.05㎡ 平屋建
- (8) 当事業所の運営方針
当施設にあつては、ご利用者の基本的人権及び意志を尊重し、健康で心豊かな生活が送られるよう援助します。
また、ご利用者自身が自立した生活を目指し、社会や家族とのかかわりの中で培ってきた経験や知識を元に自己の能力を活かせるよう援助します。
- (9) 開設年月日 平成22年4月1日
- (10) 通常の事業の実施区域 酒田市
- (11) 営業日（営業時間）及びサービス提供時間
- | | |
|------|-------------------------------------|
| 営業日 | 月曜日～金曜日（祝日を含む）
（12月31日～1月3日を除く） |
| 営業時間 | 8：45～16：45（7時間以上9時間未満）
（延長受け入れ可） |
- (12) 利用定員 12人（単独型指定認知症対応型通所介護）

3 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として指定基準を遵守し、以下の職種の職員を配置しています。

＜職員配置指定基準及び職務の内容＞

職種	事業所の 指定基準	職務の内容
管理者	1	従業者の管理及び利用の申し込みにかかる調整や業務内容の管理等
生活相談員	1 以上	利用者の利用相談及び生活相談業務等
介護職員	1 以上	日常生活の介護等
看護職員	1 以上	健康管理等
機能訓練指導員	1 以上	計画的に機能訓練内容を実施する

＊職員の配置に関しましては、指定基準を遵守して対応しています。

4 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。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

次のサービスについては、利用料金の大部分（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 入 浴

- ・介護計画に入浴に関する計画が記載されている時に実施します。
- ・浴槽内での四肢マッサージと四肢運動・歌う事による発語促進・入浴洗体や更衣動作の自立支援に努めます。

② 整 容

- ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
- ・爪切り耳掃除等清潔保持に努めます。

③ 排 泄

- ・ご利用者の状況に応じて適切な排泄助介やアドバイスを行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。（ただし、おむつ代は別途ご負担頂きます。）

④ 個別機能訓練

- ・心身等の状況において、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止する為に個別の機能訓練計画に基づき、専門スタッフによる機能訓練を実施します。

⑤ 送 迎

- ・ご利用者の状態に応じ、ご自宅の玄関及びベッドサイドまでのお迎えもします。
- ・法人内の他事業所職員が自事業所と雇用契約を結び、自事業所の職員として送迎を行う場合や委託契約において送迎業務を委託している場合には、責任の所在等を明確にした上で他事業所の利用者との同乗をする場合があります。

⑥ 健康管理

- ・ご利用日に事業所看護師による健康チェック、健康相談等を行います。
- ・ご利用中に体調不良等により、主治医あるいは医療機関への受診、通院が必要になった場合、速やかにご家族に連絡します。受診、通院の対応は、基本的にご家族の対応となります。

⑦ 相談及び助言

- ・当事業所は、ご利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(相談窓口) 生活相談員

⑧ 利用時間内の便宜

- ・当事業所では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、事業所での利用時間を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。

＜サービス利用料金＞

令和7年4月1日改定

- (1) 基本サービス利用料金と主な加算料金については、別紙の利用料金表をご確認ください。
また、介護保険法の改定などにより、利用料金等の変更があった場合は、別紙の差し替えをもって、承諾するものとします。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

次のサービスは、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 食事の提供（食費）

料金：昼食1回あたり 620 円 （おやつ代を含みます）

② 排泄用品の提供（おむつ代）

ご利用者に提供するおむつ・尿とりパッド等にかかる費用です。（料金 実費）

③ 学習療法（料金 無料）

ご利用者の認知症を伴うコミュニケーション能力や身辺自立の改善を目的とした療法です。

(3) 利用料金のお支払い方法

利用した月の月末にしめ、翌月15日までに当月の利用料金の合計額を記した請求書を発送します。お支払い方法は口座振替となります。

(4) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくはは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には契約されている介護支援専門員に相談した上、介護支援専門員を通して事業者申し出て下さい。
- ② 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、取り消し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。

利用予定日の当日午前9時00分までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の当日午前9時00分までに申し出がなかった場合	620円

- ③ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業者の稼働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できない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

5 悪天候時の対応

台風、雪等による天候不良時や道路事情により、当事業所は、ご利用者、ご家族と相談の上、ご利用者の安全確保のため、送迎時間帯及び利用日の変更又はサービスの提供を中止することがあります。

6 事故発生時の対応

利用者に対する介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7 協力医療機関

医療機関の名称	地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院
所在地・電話番号	山形県酒田市あきほ町30 0234-26-2001
診療科	内科、循環器内科、消化器内科、内視鏡内科、精神科、神経内科、小児科、緩和ケア内科、外科、乳腺外科、心臓血管外科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、皮膚科、産婦人科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉頭・頭頸部外科、放射線科、歯科口腔外科、麻酔科、救急科、病理診断科
入院設備	有
救急指定の有無	有
契約の概要	当施設と日本海総合病院は、利用者に病状の急変があった場合、日本海総合病院において医師の診断を受け、入院の必要があると認められた場合は、入院治療を行うものとする。

8 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の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

担当者 生活相談員
ご利用時間 平日 9:00～17:00
ご利用方法 電話 0234-92-3427
面接 相談室

(2) 行政機関その他苦情受付機関

酒田市健康福祉部高齢者支援課	所在地 酒田市本町2丁目2番45号 電話番号 26-5755 FAX 26-5796 受付時間 8時30分～17時15分
山形県国民健康保険団体連合会	所在地 寒河江市大字寒河江字久保6 電話番号 0237-87-8006
山形県社会福祉協議会	所在地 山形市小白川町2丁目3-31 電話番号 023-622-5805 FAX 023-622-5866

9 非常災害時の対策

非常時の対応	・別途定める「ライフケア黒森消防計画」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	・黒森消防団と非常時の相互の応援を行う様にしていきます。			
平常時の訓練等防災設備	・別途定める「ライフケア黒森消防計画」に則り、年2回以上夜間および昼間を想定した防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	2箇所	消火器	2箇所
	カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
防火管理者	上林 淳			

10 福祉サービス第三者評価実施状況

項 目	内 容
実施の有無	有 ・ (無)
実施年月日（直近実施日）	令和 年 月 日
実施した評価機関	
評価結果の開示状況	

11 契約の変更

契約期間中若しくは契約更新時に問わず、当事業所より契約内容の変更の必要性が生じた場合は、変更部分を文書で示し署名・捺印することにより、他の部分は同一として契約を変更します。

私は、本書面に基づいて当事業所の職員から重要事項の説明を受け、指定通所予防サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利 用 者	住 所	〒
	電 話 番 号	
	氏 名	代筆者 _____ (続柄 _____) 印
代 理 人 等	住 所	〒
	電 話 番 号	
	氏 名	(続柄 _____) 印

この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。