

# 認知症対応型デイサービスふるさと 重要事項説明書

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 隠岐共生学園
- (2) 法人所在地 島根県隠岐郡隠岐の島町栄町1088番地
- (3) 電話番号 08512-2-0541
- (4) 代表者氏名 理事長 名越 彰
- (5) 設立年月 昭和31年11月22日

## 2. 事業所の名称等

### (1) 事業所の名称等

- ・事業所名 : 認知症対応型デイサービスふるさと
- ・開設年月日 : 平成21年4月27日
- ・所在地 : 島根県松江市玉湯町湯町1924番地1
- ・電話番号 : 0852-62-8503
- ・ファックス番号 : 0852-62-8504
- ・管理者名 : 山崎 知良
- ・介護保険指定番号 : 3290100126

### (2) 認知症対応型デイサービスの目的と運営方針

認知症対応型デイサービスは、認知症高齢者等対象者に対し、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話を提供すると共に、心身の機能維持に努め、併せて家庭の身体的、精神的な介護の負担の軽減を図るため、要介護状態及び要支援状態にある高齢者に対し、適切な事業を提供することを目的とします。

この目的に沿って事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

#### 【認知症対応型デイサービスふるさと 運営方針】

- 1 事業の実施にあたっては、認知症高齢者等対象者に対しての心身の特性を踏まえて、各人がその有する能力に応じて可能な限り自立して日常生活が営むことができるような自立の促進、生活の質の向上等を図ることを目的とした介護及び機能訓練等を適切に行います。
- 2 職員は、事業の実施にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者の家族等に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明を行います。
- 3 事業の実施に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- 4 常に利用者の心身の状況を的確に把握するとともに、必要に応じ、当該利用者の心身の特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えています。
- 5 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 事業の職員体制（兼務を含む）

職 名	常 勤	業 務 内 容
管理者	1名	事業所の職員の管理及び業務の管理
生活相談員	1名	利用者及び家族に対しての相談援助
機能訓練指導員	1名	機能訓練の実施及び介護職員への指導等
介護職員	2名以上	介護等

(4) 営業日および営業時間

- 【営業日】 月曜日から土曜日  
【休業日】 日曜、1月1日から1月3日  
【営業時間】 午前8時30分から午後5時30分  
【サービス提供時間】 午前9時から午後4時30分

(5) 定員

1日12人

(6) 通常の事業の実施地域

松江市

3. ご利用にあたって

(1) 介護保険証の確認

ご利用のお申込にあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

(2) 認知症対応型デイサービスの概要

認知症対応型デイサービスについては、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、事業所をご利用いただき、機能訓練その他日常生活上必要な支援を行い、可能な限り居宅において、機能訓練その他日常生活上必要な支援を行い、可能な限り居宅において日常生活を営むことができること及び家族の負担軽減を図るために提供されます。

このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる看護、介護職員およびその他専ら認知症デイサービスの提供にあたる従業者の協議によって、認知症対応型通所介護計画が作成されますが、その際、利用者・代理人（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

4. サービス内容

- ①入浴サービス
- ②給食サービス
- ③生活指導（相談・援助等）レクリエーション
- ④機能訓練
- ⑤健康チェック
- ⑥送迎
- ⑦その他

\* これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくもの

もありますので、具体的にご相談ください。

## 5. 身体の拘束等

原則として利用者に対し身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。

この場合には、その様態および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。また、利用者または代理人に対して身体拘束の必要性を説明し、文書により同意を得ることとします。

## 6. 利用料金

### (1) 基本料金等

介護保険制度では、要介護状態による要介護度の程度および利用時間によって利用料が異なります。別紙利用料金表をご参照下さい。

### (2) 事業所は、前項の支払いを受ける額のほか、次の各号に掲げる費用の額の支払いを利用者から受けるものとします。

① 昼食費 600円

② 前項に掲げるもののほか、事業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って、その利用者に負担させることが適当と認められる費用。

前号の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対し事前に説明した上で、支払いに同意を得ることとする。

### (3) 支払方法

毎月15日までに、前月分の請求書を指定する先に送付しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、現金、銀行振込、口座振替の3方法がありますので、利用申込時にお申し出ください。ただし、現金の取り扱いは受付窓口にて行います。

なお、申し出いただいた支払い方法は、いつでも変更することが可能です。

## 7. 緊急時の対応

事業所では、サービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、必要な措置を講じた上、速みかに利用者および代理人が指定した者、居宅介護支援専門員に連絡するとともに、管理者に報告します。

### ※緊急時の連絡先

緊急の場合には「連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

## 8. 事業所利用にあたっての留意事項

(1) 利用者は事業の提供を受ける際に、当日の健康状態について、職員に報告を行うものとします。

(2) 利用者は許可された施設及び付属設備以外のものを使用しないこと。また、その使用を終了したときは、直ちに係員の点検を受けなければならない。]

(3) 利用者はあらかじめ決められた場所又は、許可を受けた場所以外では飲食はしないこととします。

- 食 事 … サービス利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事を摂取していただきます。
- 飲 酒 ・ 喫 煙 … 飲酒はお断りいたします。決められた場所以外での喫煙はお断りいたします。
- 火気の取り扱い … 喫煙以外は禁止します。なお、ライターは事業所で管理させていただきます。
- 設備・備品の利用 … 本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は弁償していただくことになります。
- 所持品、備品等の持込 … 他の利用者迷惑となる物の持ち込みはお断りいたします。
- 金銭、貴重品の管理 … 盗難等については、当施設では責任を負いかねますので、必要以上の金銭は所持しないでください。
- 宗 教 活 動 … 他の利用者への執拗な宗教活動はご遠慮ください。
- ペットの持ち込み … ペットの持ち込みはお断りいたします。

## 9. 事故発生時の対応

認知症対応型デイサービスの提供により、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告します。

利用者に対する事業の提供により賠償すべき事項が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

## 10. 非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年1回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

### 11. 禁止事項

事業所では、多くの方に安心してサービスをご利用いただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘。特定の政治活動」は禁止します。

### 12. 要望および苦情等の相談

#### (1) 当事業所における苦情の受付

事業所に対する要望または苦情については、担当者または生活相談員にお気軽にご相談いただくか、備え付けられた「投書箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

【担 当 者】 生活相談員

【受付期間】 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時30分まで

【電話番号】 0852-62-8503

#### (2) 行政機関その他苦情受付機関

○松江市役所 介護保険課 (TEL: 0852-55-5689)

○島根県国民健康保険団体連合会 (TEL: 0852-21-2811)

### 13. 運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型通所介護の提供にあたり、サービスの提供状況について、定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、認知症対応型通所介護について知見を有する者等

開催：6ヶ月に1回

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

14. 提供するサービスの第三者評価実施状況

実施なし。

令和 年 月 日

指定認知症対応型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 ..... 社会福祉法人 隠岐共生学園 .....

事業所 ..... 認知症対応型デイサービスふるさと .....

説明者 職・氏名 ..... 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 .....

氏名 ..... 印

代理人 住所 .....

氏名 ..... 印

( 利用者との続柄 : )

身元引受人 住所 .....

氏名 ..... 印