

生活応援工房&デイホーム こころね
重 要 事 項 説 明 書

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 東翔会
事業者の所在地	福岡県大牟田市沖田町510番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 堀 奈美
電話番号	0944-43-1223

2. 事業所

事業種別	認知症対応型通所介護
事業所の名称	生活応援工房&デイホーム こころね
事業所の所在地	福岡県大牟田市沖田町495番地
指定事業所番号	4091500365
管理者	西嶋 みずみ
電話/ファックス番号	電話:0944-43-1223 ファックス:0944-43-1273

3. 事業の目的と運営の方針の説明と同意

この事業の目的及び方針に関しては、契約書第1条、第2条に明記した通りでありそれらを十分説明し、同意を得た上で、サービスを開始します。
--

4. 事業所の概要

1) 敷地及び建物

建 物	敷 地	2939.21 m ²
	構 造	木造平屋建
	床面積	149.58 m ²
	利用定員	通い12名

2) 主な設備

部屋等の種類	数
食 堂	1室
浴 室	1室
居 間	1室
静養室	1室
事務室・相談室	1室
便 所	2か所

5. 職員体制

従業者種別	員数	区分				常勤換算後の員数	事業所の指定基準	保有資格
		常 勤		非常勤				介護福祉士 3名 ホームヘルパー2級 1名 理学療法士 1名 ※看護体制としては、併設のグループホームより対応致します。
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1			0.8	1	
生活相談員	1	1				1	1	
看護職員	0					0		
介護職員	5	3	1	1		3.7	2	
機能訓練指導員	2		1	1		0.25	0.25	

6. 営業日・サービス提供時間

営業日	月曜日～金曜日 但し、12月31日～1月2日は休日
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	9:00～16:30
延長サービス可能時間帯	ご希望時対応 8:00～18:30 の時間内

7. サービスの概要

サービス種類	内 容
食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況や好み、栄養に配慮した飲物や食事を提供します。 ・認知症の特性に応じた食事の援助をします。 ・嚥下困難の場合、嚥下しやすい食事の工夫に努めます。 (食事時間) 昼食 12～13時ごろ
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況、排泄パターンに応じて適切な排せつ介助を行うとともに、可能な限りオムツの使用を控え、排せつの自立について適切な援助を行います。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況や生活習慣、好みに応じた入浴または清拭を支援します。 ・身体状況に応じた介助を行い、可能な限りの保清とゆつくり楽しめる入浴の援助をします。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴時など季節や室温に応じ、利用者の希望、好みに配慮した衣服の更衣を支援します。 ・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します。

アクティビティ	・心身のリハビリの一環として、利用者ひとりひとりの状況に合わせた日常生活の諸活動(散歩、買い物、食事の準備、清掃など)や趣味、余暇活動を援助します。
送 迎	・ご自宅までの送迎が可能です。また、ご家族の送迎も可能です。 ・車イスの方も対応車にてお伺いします。
健康管理	・日常の健康管理および継続的な治療は、専門医や主治医、介護支援専門員との連携を図りながら適切に対応します。 また、緊急等必要な場合には主治医や協力医療機関及び、あらかじめ申し出のあった救急病院等へ責任をもって引き継ぎます。 (協力医療機関) ひがしはら整形外科医院 大牟田市大字田隈 830-1 (0944-57-6636)
相談および 援助	・当事業所は、利用者およびそのご家族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うよう努めます。

2) 介護保険給付外サービス

サービス種類	内 容
食事の提供	・新鮮で栄養豊かな食材を提供します。
アクティビティ季節行事	・当事業所では、趣味、余暇活動、外出を生活リハビリの一環として日常的に行います。
おむつの提供	・利用者のご希望に応じて提供します。

8. 苦情等申立先及び相談窓口

ご相談窓口	○担 当 者 西嶋 みずみ (管理者) ○ご利用時間 毎日午前9時～午後5時 ○ご利用方法 電話 0944-43-1223 必要に応じて面接(要予約)
行政相談窓口	○大牟田市役所 保健福祉部 健康福祉推進室 福祉課 TEL:41-2683 FAX:41-2662(8:30～17:15) ○福岡県国民健康保険団体連合会 TEL:092-642-7811 ○福岡県運営適正化委員会 TEL:092-915-3511

* 本事業所への苦情やご意見など、些細なことでも職員や責任者へお申し出下さい

9. 協力医療機関

医療機関名称	医療法人 東翔会 ひがしはら医院
院長名	堀 奈美
所在地	福岡県大牟田市大字田隈830番地1
電話番号	0944-57-6636
診療科	内科、神経内科、リハビリテーション科
入院施設	ベッド数 18床

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「高齢者総合ケアセンターサンフレンズ消防計画」に基づき対応します。			
平常時の訓練等	年2回、夜間および昼間を想定した避難訓練を、実施します。			
防災設備	設備名称	数	設備名称	数
	スプリンクラー	なし	ガス漏れ報知器	なし
	消火器	2本	非常用電源	なし
	自動火災報知器	有	非常通報装置	なし
	誘導灯	1ヶ所		
	カーテン、寝具等は防災性のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署への届出日：平成21年5月14日 防火管理者：藤田 雄二			

11. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

居室・設備・器具の利用	事業所内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。ご利用者の体調によってはご遠慮いただくこともあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではできません。ご利用者の希望などに応じて適切に支援します。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品または、現金の管理	現金および預貯金、財産等の管理は原則として行いません。但し利用時の小遣い等については、ご家族からの依頼を受けた場合に必要に応じてお預かりします。
宗教活動・政治活動	事業所内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

＜介護保険 1回の自己負担額＞

区分	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間	8～9時間
要支援1	4 2 9単位	4 4 9単位	6 6 7単位	6 8 4単位	7 7 3単位	7 9 8単位
要支援2	4 7 6単位	4 9 8単位	7 4 3単位	7 6 2単位	8 6 4単位	8 9 1単位
要介護1	4 9 1単位	5 1 5単位	7 7 1単位	7 9 0単位	8 9 4単位	9 2 2単位
要介護2	5 4 1単位	5 6 6単位	8 5 4単位	8 7 6単位	9 8 9単位	1 0 2 0単位
要介護3	5 8 9単位	6 1 8単位	9 3 6単位	9 6 0単位	1 0 8 6単位	1 1 2 0単位
要介護4	6 3 9単位	6 6 9単位	1 0 1 6単位	1 0 4 2単位	1 1 8 3単位	1 2 2 1単位
要介護5	6 8 8単位	7 2 0単位	1 0 9 9単位	1 1 2 7単位	1 2 7 8単位	1 3 2 1単位

上記のほか次の加算があります。

- | | | | |
|-----------------|--------------|--------|--------|
| ①個別機能訓練加算 | I | 1日 | 27円 |
| | II | 月 | 20円 |
| ②サービス提供体制強化加算 | Ⅲ | 1日 | 6円 |
| ③入浴介助加算 | | 1日 | 40円 |
| ④延長サービス加算 | 9時間以上10時間未満 | | 50円加算 |
| | 10時間以上11時間未満 | | 100円加算 |
| ⑤若年性認知症加算 | | 1日 | 60円 |
| ⑥生活機能向上連携加算 | | 月 | 100円 |
| ⑦口腔・栄養スクリーニング加算 | | 6か月に2回 | 20円 |
| ⑧科学的介護推進体制加算 | | 月 | 40円 |

※要介護度に応じて以下の金額が自己負担（介護報酬の 1 割）になります。尚、2 割負担の場合は、上記の料金を 2 倍、3 割負担の場合は 3 倍にしたものになります。法定代理受領でない場合は居宅介護（支援）サービス基準額相当額です。

③～⑤は対象者のみ加算となります。

⑨介護職員等処遇改善加算Ⅱ 基本介護費用+加算合計の 17.4%

＜その他＞

食 費	昼 食……580円	教養娯楽費	必要時 200円
	おやつ代……100円	余暇活動諸費用	入場料、旅費等 実費
必要時対応	おむつ代	はくタイプ、パッド等	…… 実費
	記録書類の複写代	1 枚	…… 10 円

13. 利用に際して

原則として、かかりつけ医の紹介状、認知症の診断の有無、治療歴等を持参していただきます。

また、利用関係開始後に専門医等による認知症の検査等をさせていただきます。利用に際して、利用者の「介護保険証」「健康保険証」「老人医療受給者証」及びそれに付随する減額証、またはそれらの写しをお預かりいたします。年金証書や貴重品、現金、預貯金などは管理いたしません。

また、認知症の状態から発生する紛失についてはやむをえない場合がありますので、ご了承下さい。

14. 事故等発生時の対応について

ご利用者の日常的な健康管理を行う中で、症状の急変又は、怪我などがあった場合は、ご家族へ連絡するとともにご利用者の主治医または事業者の協力医療機関等との連携を図りながら、適切な措置を講じます。

15. 損害賠償について

事業者は、ご利用者に対する介護サービスの提供に当たって、故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、不可抗力による場合を除き、利用者に対してその損害を賠償します。但し、ご利用者に故意又は過失が認められ、かつ利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合は、損害賠償額を減ずることができるものとします。

事業者は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- (1) 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
- (2) 利用者が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
- (3) 利用者の急激な体調の変化等、事業者が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。
- (4) 利用者が、事業者及び従業員の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

16. その他

認知症対応型通所介護及び、介護予防認知症対応型通所介護の趣旨や認知症ケアの実際、コミュニケーション等の職員研修を研修計画に基づき行うとともに、積極的に行政や関係機関との連携を図ります。

母体施設と共に、身体拘束廃止委員会やリスクマネジメント委員会の活動に取り組み、また、消防訓練を確実にを行い安全の確保に努めます。

当事業者は、重要事項説明書に基づき、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しました。

令和 年 月 日

法人名 社会福祉法人 東 翔 会

施設名 生活応援工房&デイホーム こころね

代表者 理事長 堀 奈美

説明者 職名

氏 名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づき、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ました。

令和 年 月 日

ご利用者 住 所

氏 名 _____ 印

代理人(選任した場合)

住 所

氏 名 _____ 印

利用者との関係()

20240601