

## 1.事業所の概要

## (1)事業所の名称等

|               |                                    |
|---------------|------------------------------------|
| 施設の名称         | 認知症対応型通所介護 のぞみ野                    |
| 所在地           | 大阪府和泉市のぞみ野3丁目13番10号                |
| 介護保険指定番号      | 指定 大阪府 2790500108号                 |
| 連絡先           | 電話 0725-50-6866 F A X 0725-50-6877 |
| 利用定員          | 12名                                |
| サービスを提供する対象地域 | 大阪府和泉市                             |

## (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 利用者の社会的孤立感の解消及び心身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ため、要介護又は要支援者に対し、適切な通所介護を提供します。                                                                                                                                                                                         |
| 運営の方針 | <p>1. この事業所が実施する事業は、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練指導等の介護、その他の生活全般にわたる援助を行う。</p> <p>2. 事業に当たっては、他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する者と連携に努めるものとする。</p> <p>3. 事業に当たっては、厚生省令に定める内容を遵守する。</p> |

## (3) 事業の営業日等

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| 営業日      | 月～金曜日（12/31～1/31 は除く） |
| 営業時間     | 8時30分～17時30分          |
| サービス提供時間 | 9時～17時                |

## (4) 事業の職員体制

|     |      |
|-----|------|
| 管理者 | 谷 重範 |
|-----|------|

| 職                | 職 務 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 人 員 数               |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 管理者              | 1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。<br>2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。<br>3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。<br>4 利用者へ（介護予防）認知症対応型通所介護計画を交付します。<br>5 指定（介護予防）認知症対応型通所介護の実施状況の把握及び（介護予防）<br>6 認知症対応型通所介護計画の変更を行います。 | 常 勤 1 名<br>生活相談員と兼務 |
| 生活相談員            | 1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。<br>2 それぞれの利用者について、（介護予防）認知症対応型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。                                                                                                                                                               | 常 勤 1 名<br>管理者と兼務   |
| 介護職員             | 1 （介護予防）認知症対応型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。                                                                                                                                                                                                                                                               | 常勤 1 名以上            |
| 看護職員兼<br>機能訓練指導員 | 1 健康チェック等の医務業務<br>2 （介護予防）認知症対応型通所介護計画に基づき、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、機能訓練を行います。                                                                                                                                                                                                      | 1 名以上               |

## (5) 事業所の設備概要

| 居室・設備の種類 |       | 室数 | 設 備                          |
|----------|-------|----|------------------------------|
| 個室       | 相談室   | 1  | 机・椅子・エアコン                    |
|          | 機能訓練室 | 1  | ベッド・エアコン・ナースコール              |
|          | 静養室   | 2  | 洗面・エアコン・ベッド・ナースコール           |
| 共有部分     |       |    |                              |
|          |       |    | 設 備                          |
| 食堂兼デイルーム |       |    | エアコン・換気扇・TV                  |
| 畳コーナー    |       |    | エアコン・換気扇・ナースコール              |
| 台 所      |       |    | システムキッチン・電磁調理器・食器棚・換気扇・エアコン  |
| 脱衣所      |       |    | 洗面・換気扇・エアコン・手すり              |
| 浴 室      |       |    | シャワー・換気扇・ナースコール・手すり          |
| トイレ      |       |    | ナースコール・手すり・換気扇（うち1ヶ所は車椅子対応可） |
| 洗濯・家事室   |       |    | 洗濯機・乾燥機・換気扇                  |
| 事務室      |       |    | 机・椅子・エアコン                    |
| 消防設備     |       |    | 火災報知器・非常用放送設備・消火器・排煙窓・非難誘導灯  |

## 2. サービス内容及び費用

### (1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類        |                | サ ー ビ ス の 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 認知症対応型通所介護計画書の作成 |                | 1 利用者に係る居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターが作成した居宅（介護予防）サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた（介護予防）認知症対応型通所介護計画を作成します。<br>2 （介護予防）通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。<br>3 （介護予防）認知症対応型通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、（介護予防）認知症対応型通所介護計画書を利用者に交付します<br>4 それぞれの利用者について、（介護予防）認知症対応型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 |
| 利用者居宅への送迎        |                | ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 日常生活上の世話         | 食事の提供及び介助      | 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また、嚥下困難者のためのきざみ食等の提供を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                  | 入浴の提供及び介助      | 入浴または清拭を行います。衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                  | 排せつ介助          | 利用者の状況に応じて適切な排泄の介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                  | 更衣介助           | 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・移乗介助        | 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                  | 服薬介助           | 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 機能訓練             | 日常生活動作を通じた訓練   | 利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                  | レクリエーションを通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| その他              | 創作活動など         | 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### (2) 施設利用にあたっての留意事項

- ・利用者又はその家族は、病気の変化、かかりつけ医及び服薬内容の変更等があった際には事業所の職員にご一報ください。
- ・飲酒、喫煙は原則禁止です。また、指定された場所以外での火気は用いないでください。
- ・当施設の職員及び他の利用者に対して、政治活動、宗教活動並びに営利活動を行うことはできません。
- ・居室及び共用施設は、その本来の用途に従ってご使用下さい。
- ・故意に施設設備を壊したり、破損された場合は、利用者又は代理人の負担により現状に回復していただくか、相応の対価を徴収させていただきます。
- ・その他社会通念上職員及び他の利用者に対して、迷惑となる行為及び公序良俗に反する

行為は禁止します。

- ・現金、貴重品の管理は自己の責任において行ってください。

### 3. 利用料金等について

※利用料金表は最後のページに記載しています。

#### (1) 支払い方法

- ・毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。お支払いいただいた後に領収書を発行します。お支払いの方法は、現金払い、下記の指定口座へお振込み下さい。

|          |                                           |
|----------|-------------------------------------------|
| 振り込み金融機関 | 紀陽銀行 粉河支店 普通                              |
| 口座名義人    | 社会福祉法人 高陽会<br>認知症対応型通所介護 のぞみ野<br>理事長 高木 洋 |

#### (2) サービスの終了について

##### ① ご利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する1週間前までにご連絡ください。

##### ② 当方の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供をさせていただく場合があります。その場合は、終了の1ヶ月前までに文書で通知いたします。

##### ③ 自動で終了する場合

以下の場合、双方の通知がなくとも自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所された場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・やむを得ない事情により、事業所を閉鎖または縮小する場合

##### ④ その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・守秘義務に反した場合
- ・ご利用者や家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・当法人が破産した場合、

上記に当てはまる場合は、ご利用者は文章で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払わない場合、ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・ご利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態で あることが明らかになった場合
- ・ご利用者やご家族などが当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

上記に当てはまる場合は、当事業所から文書で通知することにより、即座に契約を終了さ

せていただくことがあります。

#### 4. サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行れるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとしします。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「（介護予防）認知症対応型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「（介護予防）認知症対応型通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認くださいようお願いします
- (4) サービス提供は「（介護予防）認知症対応型通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「（介護予防）認知症対応型通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます
- (5) （介護予防）認知症対応型通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

#### 5. 個人情報の取扱い（利用目的）

事業者は、業務上知り得たご利用者及びご利用者のご家族に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、介護サービスの提供上必要な場合、十分に配慮した上、必要最小限の範囲で情報を利用して、又提供します。

##### ○ 介護サービスのご利用者への介護の提供に必要な利用目的

##### 【当事業所の内部での利用】

- ① 当事業所が介護サービスのご利用者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスのご利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち
  - ・ 入退所等の管理
  - ・ 会計・経理
  - ・ 事故等の報告
  - ・ ご利用者の介護サービスの向上

##### 【他の事業所等への情報提供】

- ① 事業所がご利用者等に提供する介護サービスのうち
  - ・ ご利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

- ・ その他の業務委託
- ・ ご家族等への心身の状況説明

## ②介護保険事務の内

- ・ 保険事務の委託
- ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ・ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

## 【上記以外の利用目的】

### ①当事業所の内部での利用

介護関係事業者の管理運営業務のうち

- ・ 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・ 当事業所内で行われる学生等の実習及びボランティアへの協力

## (2) ご利用者への医療の提供に必要な利用目的

### 【当事業所内部での利用】

#### ①当事業所がご利用者に提供する医療サービス

#### ②医療保険事務

### 【他の事業所等への情報提供】

#### ①当事業所がご利用者に提供する医療サービスのうち

- ・ 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・ 他の医療機関等からの照会への回答
- ・ ご利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見、助言を求める場合
- ・ 検体検査業務及び健康診断の外部委託
- ・ ご家族等への病状説明

#### ②医療保険事務のうち

- ・ 保険事務の委託

#### ③医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

## 6. 高陽会倫理委員会について

社会福祉法人高陽会では当法人のサービスを利用されている人、もしくは利用された方を対象とする研究を行い、過去から現在において積み重ねたデータや検証した結果を内外の研究発表や外部講師の資料作成等に使用することで福祉の発展、サービスの向上に活用しています。そのうちの一つである高陽会研究発表会においては法人職員のみならず、法人以外の発表参加者を受け入れており、その場合も法人職員と同等の取扱いをしています。

いずれにおいても文部科学省、厚生労働省および経済産業省が告示する「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に則って、利用者のプライバシーや人権が守られるように細心の注意を払い、それらが適切に行われるように、倫理に関する審議

を執り行う委員会を設置しております。

以下の点については倫理委員会にて審議される内容のうち、共通事項となりますので、ご理解ください。

(1) 研究への参加とその撤回について

研究への参加はご利用者の意思で決めください。参加に同意されない場合でも、一切不利益を受けません。また、いつでも研究への参加をやめることは可能です。

(2) 研究への参加を中止する場合について

利用者の意思により研究へ参加されても、意思に反して中止せざるをえない場合もあります。中止する場合は、その理由およびそれまでの情報の活用方法などを担当者からご説明します。

(3) 研究等に関する情報の提供について

研究計画や関係する資料をお知りになりたい場合は、他の対象の方の個人情報や研究全体に支障となる事項以外はお知らせすることは可能です。

(4) 個人情報の取扱いについて

氏名・生年月日などの個人を直接特定できる情報は、すべて第三者には特定できないようにしたうえで、個人情報を保護させていただきます。個人が特定される形ではなく、個人に不利益や危険性が及ぶことはありません。研究成果は研究発表や外部発表、外部講師の資料等での利用を予定していますが、その際も個人を直接特定できる情報は利用しません。

(5) 費用負担、研究資金などについて

費用負担はありません。また謝礼金などのお支払いもありません。

## 7. 事故発生時及び緊急時の対応方法

- 1 当施設がご利用者に対して行うサービス等の提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者のご家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。  
また、当施設が行ったサービス等の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。事故については、事故の状況・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 ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほかご家族の方（緊急連絡先）に速やかに連絡いたします。病状等の状況によっては、施設の判断により搬送を要請することもあります。

## 8. 身体的拘束等の禁止

- 1 事業者は、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行わない。ただし、当該利用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を得ない場合を除きます。
- 2 前項の規定による身体的拘束等を行う場合には、あらかじめ利用者の家族に、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体的拘束等の様態及び目的、身体的拘束等を行う時間、期間等の説明を行い、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内において

のみ行うことができます。

- 3 前各項の規定による身体的拘束等を行う場合には、管理者及び生活相談員、介護・看護従事者により検討会議等を行います。また、経過観察記録を整備します。

## 9. 高齢者虐待防止

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1 虐待防止に関する担当者を選定しています。

|             |          |
|-------------|----------|
| 虐待防止に関する担当者 | 管理者 谷 重範 |
|-------------|----------|

- 2 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- 3 虐待防止のための指針を整備しています。
- 4 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- 5 サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 10. 衛生管理（感染症対策）について

- 1 当事業所の用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。
- 2 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。
- 3 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。
  - ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヵ月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底しています。
  - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 11. 非常災害対策

防災時の対応・・・消防計画に添って対応

防災設備・・・・・・自動通報装置・火災報知器・防火戸・消火器

防災訓練・・・・・・避難・消火訓練(年2回)

防災責任者・・・・防火管理者

## 12. 業務継続計画の策定等について

- 1 感染症や非常災害の発生において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型通所

介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- 2 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- 3 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 13. 苦情の受付について

|                                         |                                                       |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 事業所の窓口<br>社会福祉法人 高陽会<br>認知症対応型通所介護 のぞみ野 | 大阪府和泉市のぞみ野3丁目13番10号<br>苦情相談受付窓口<br>電話 0725-50-6866    |
| 市町村の窓口<br>和泉市高齢介護室                      | 大阪府和泉市府中町2丁目7番5号<br>和泉市役所高齢介護課<br>電話 0725-41-1551     |
| 公的団体の窓口<br>大阪府国民健康保険団体連合会               | 大阪府大阪市中央区常盤町1丁目3番8号<br>中央大通 FN ビル内<br>電話 06-6949-5418 |
|                                         |                                                       |

相談及び苦情の内容によっては、行政窓口等関係機関との協力により適切な対応方法をご利用者の立場に立って検討し、処理します。

### 14. ハラスメント対策の強化

事業者は、適切な介護サービスの提供を確保する観点から職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

### 15. サービス提供の記録

- 1 当事業所の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- 2 利用者は、事業所に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

### 16. 第三者評価

|             |          |
|-------------|----------|
| 実施の有無       | 有 ・ (無)  |
| 実施した直近の年月日  | 令和 年 月 日 |
| 実施した評価期間の名称 |          |
| 評価結果の開示状況   | 有 ・ (無)  |

### 17. 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：おおむね6ヶ月に1回開催

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。

## 18. 協力医療機関及び連携施設

| 名称              | 住所                                  | 主な診療科目             |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------|
| 咲花病院            | 和泉市のぞみ野1丁目3番30号<br>TEL 0725-55-1919 | 内科 外科 整形外科<br>皮膚科他 |
| 竹原医院            | 泉大津市下条町18-17<br>TEL 0725-22-2255    | 内科<br>リハビリテーション科   |
| ヒグチ歯科           | 岸和田市東大路町字地蔵後287<br>TEL 0724-45-8808 | 歯科                 |
| 特別養護老人ホーム ひかりの園 | 和泉市下宮町141番地1<br>TEL 0725-92-1225    | 特別養護老人ホーム          |
| 介護老人保健施設 くろいし   | 和泉市黒石町566番地1<br>TEL 0725-57-2266    | 介護老人保健施設           |
|                 |                                     |                    |

協力医療機関への送迎はしますが、受診中は御家族の方にお願ひします。なお、定期的な受診を必要とされる方は送迎できません。

## 19. 当法人の概要

|          |                                                                   |
|----------|-------------------------------------------------------------------|
| 名称 法人種別  | 社会福祉法人 高陽会                                                        |
| 代表者役職 氏名 | 理事長 高木 洋                                                          |
| 本部所在地    | 和歌山県紀の川市黒土153番地                                                   |
| 電話番号     | 0736-73-5881                                                      |
| 法人ホームページ | <a href="http://www.koyokai.or.jp/">http://www.koyokai.or.jp/</a> |



### 運営する事業

#### 【特別養護老人ホーム高陽園】

- ・ 特別養護老人ホーム高陽園（介護老人福祉施設）
- ・ 高陽園ショートステイ（短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護）
- ・ 高陽園診療所
- ・ 生活管理短期宿泊事業

#### 【老人保健施設さくらの丘】

- ・ 老人保健施設さくらの丘（介護老人保健施設）
- ・ グループホームさくらの丘（認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護）
- ・ さくらの丘ショートステイ（短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護）
- ・ さくらの丘デイケアサービス（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテ-

ション)

- ・ さくらの丘訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）
- ・ 外出支援（移送）サービス

【総合福祉センター風の里】

- ・ グループホーム風の里（認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護）
- ・ 風の里デイサービスセンター（通所介護・介護予防通所介護）
- ・ 生活支援ハウス十人の家（高齢者生活支援ハウス）
- ・ 風の里ホームヘルプサービス（訪問介護・介護予防訪問介護）
- ・ 高陽会居宅介護支援事業所（居宅介護支援）
- ・ 訪問看護ステーション麒麟（訪問看護・介護予防訪問看護）
- ・ 身体障害者ホームヘルプサービス
- ・ 小規模多機能型居宅介護風の家（小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）

【総合福祉センター風倶楽部】

- ・ 風倶楽部デイサービスセンター（通所介護・介護予防通所介護）
- ・ 風倶楽部ケアプランセンター（居宅介護支援）
- ・ グループホーム風倶楽部（認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護）

【グループホーム風の里】

- ・ グループホーム風の里（認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護）

【福祉センターのぞみ野】

- ・ グループホームのぞみ野（認知症対応型共同生活介護）
- ・ 認知症対応型通所介護のぞみ野（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護）

【城東こども園】

- ・ 幼保連携型認定こども園 城東こども園

【浜風こども園】

- ・ 幼保連携型認定こども園 浜風こども園

|                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和      年      月      日 |
|-----------------|-------------------------|

上記内容について、「和泉市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例(平成 25 年和泉市条例第 24 号)」第 4 条及び「和泉市指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例(平成 25 年和泉市条例第 25 号)」第 3 条の規定に基づき利用者に説明を行いました。

|        |                     |
|--------|---------------------|
| 事業者所在地 | 大阪府和泉市のぞみ野3丁目13番10号 |
| 事業者法人名 | 社会福祉法人 高陽会          |
| 法人代表者名 | 高木 洋                |
| 事業所名称  | 認知症対応型通所介護 のぞみ野     |
| 説明者 氏名 | 印                   |

私は、**担当者より重要事項説明書による説明を受け、同意しました。**

|           |                               |
|-----------|-------------------------------|
| 利用者 住所    |                               |
| 利用者 氏名    | 印                             |
| 利用者の家族 住所 |                               |
| 利用者の家族 氏名 | 続柄 (                      ) 印 |

重要事項説明書の変更（更新）内容の説明を受け、同意しました。

| 重要事項説明書<br>説明日 | 利用者氏名<br>確認印 | 利用者代理人氏名<br>確認印 | 説明者氏名<br>印 |
|----------------|--------------|-----------------|------------|
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |
| 年 月 日          | 印            | 印               | 印          |

## 認知症対応型通所介護のぞみ野

## 利用料金表

令和6年6月1日現在

介護保険給付対象サービス

(基本料金：1日につき)

地域区分(和泉市：6等級 1単位＝10.33円)

|                | 要支援1  | 要支援2  | 要介護度1  | 要介護度2  | 要介護度3  | 要介護度4  | 要介護度5  |
|----------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 3時間以上<br>4時間未満 | 475単位 | 526単位 | 543単位  | 597単位  | 653単位  | 708単位  | 762単位  |
| 4時間以上<br>5時間未満 | 497単位 | 551単位 | 569単位  | 626単位  | 684単位  | 741単位  | 799単位  |
| 5時間以上<br>6時間未満 | 741単位 | 828単位 | 858単位  | 950単位  | 1040単位 | 1132単位 | 1225単位 |
| 6時間以上<br>7時間未満 | 760単位 | 851単位 | 880単位  | 974単位  | 1066単位 | 1161単位 | 1256単位 |
| 7時間以上<br>8時間未満 | 861単位 | 961単位 | 994単位  | 1102単位 | 1210単位 | 1319単位 | 1427単位 |
| 8時間以上<br>9時間未満 | 888単位 | 991単位 | 1026単位 | 1137単位 | 1248単位 | 1362単位 | 1472単位 |

※9時間以降は1時間延長ごとに+50単位 ※2時間以上3時間未満の場合は「4時間以上5時間未満」の料金の63%となります。

## 〈別途加算〉

|               |                                                                                    |                    |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 入浴加算(Ⅰ)       | 入浴介助の研修を職員に行っており、入浴介助のサービスを行った場合                                                   | 40単位/回             |
| 入浴加算(Ⅱ)       | 入浴介助(Ⅰ)の取り組みに加え、医師等が利用者宅を訪問し浴室での動作の評価を行い、入浴計画を作成している。また、事業所で入浴計画に基づいた入浴介助を行っている場合。 | 55単位/回             |
| 中山間地域等提供加算    | 中山間地域等に居住する方へのサービスを提供した場合                                                          | 所定単位×5%            |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 理学療法士や医師からの助言を受ける体制を構築し、個別機能訓練計画を作成した場合                                            | 100単位/月            |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問して行う場合                                                 | 200単位/月            |
|               | ※個別機能訓練加算を算定している場合                                                                 | 100単位/月            |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)   | 機能訓練指導員を1名以上配置し、利用者ごとに個別機能訓練計画書を作成・実施している場合                                        | 27単位/日             |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)   | 個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している利用者について訓練計画の内容等を厚労省に提出し、機能訓練の実施にあたって必要な情報を活用した場合                 | 20単位/日             |
| 若年性認知症受入加算    | 若年性認知症ごとに個別に担当を定め、その者を中心に特性やニーズに応じたサービスを提供した場合                                     | 60単位/日             |
| 栄養改善加算        | 管理栄養士が栄養計画を作成する等のサービスを行った場合                                                        | 200単位<br>3ヶ月以内2回限度 |
| 栄養アセスメント加算    | 管理栄養士を1名配置していること。利用者ごとに栄養アセスメントを実施し、その結果を家族へ報告。栄養状態を厚労省へ提出している場合                   | 50単位               |
| ADL維持加算(Ⅰ)    | 利用者等の総数が10人以上。利用者全員にADL値を測定し厚労省へ提出していること。調整済ADLの平均が1以上の場合                          | 30単位/月             |
| ADL維持加算(Ⅱ)    | ADL維持加算の要件を満たし、調整済ADLの平均値が2以上の場合                                                   | 60単位/月             |

|                   |                                                                         |                       |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 6ヵ月ごとに利用者の口腔の健康・栄養状態について確認を行い、介護支援相談員に情報を提供している場合                       | 20 単位/回<br>6ヵ月に1回限界   |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康・栄養状態のいずれかを確認し、介護支援相談員に情報を提供している場合       | 5 単位/回<br>6ヵ月に1回限界    |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ）       | 言語聴覚士・歯科衛生士・看護師を1名以上配置し。利用者ごとの口腔機能改善管理計画を作成し、口腔機能向上サービスの実施と定期的に評価している場合 | 150 単位/回<br>3ヶ月以内2回限度 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）       | 口腔機能向上加算（Ⅰ）の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等を厚労省に提出。必要な情報を活用している場合                 | 160 単位/回<br>3ヶ月以内2回限度 |
| 科学的介護推進体制加算       | 利用者ごとの基本的な情報を厚労省へ提出し、情報を活用している場合                                        | 40 単位/月               |
| サービス提供加算（Ⅰ）       | 介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上である場合                                           | 22 単位/回               |
| サービス提供加算（Ⅱ）       | 介護職員のうち介護福祉士の占める割合が40%以上である場合                                           | 18 単位/回               |
| サービス提供加算（Ⅲ）       | 介護職員のうち介護福祉士の占める割合が30%以上である場合                                           | 6 単位/回                |
| 介護職員改善加算（Ⅱ）       | 所定単位数に17.4%を乗じて算定                                                       |                       |
| 送迎減算              | 送迎を行わなかった場合                                                             | -47 単位/片道             |

## 〈別途料金〉

|               |      |                |
|---------------|------|----------------|
| 昼食代           |      | 650 円          |
| 区域外送迎費        |      | 500 円（和泉市外の場合） |
| オムツ代          | 尿パット | 1 枚 20 円       |
|               | 紙パンツ | 1 枚 85 円       |
|               |      |                |
| 特別なレクリエーション費用 |      | 実費負担           |

保険適用分のご契約者様の1ヶ月あたりの利用料は

| 基本単位数         |   |      | 職員改善加算      |  |
|---------------|---|------|-------------|--|
| (利用時間・介護度)×回数 |   | 各種加算 | 基本単位数×17.4% |  |
|               | + |      |             |  |

（基本単位数+職員改善加算）×1.033（地域区分）＝合計 \_\_\_\_\_ 円

保険適用外分のご契約者様の1ヶ月あたりの料金は

昼食代×回数+（使用した分の別途料金額）＝合計 \_\_\_\_\_ 円

概算による1ヶ月あたりのご利用料金は

保険適用分+保険適用外分＝合計 \_\_\_\_\_ 円

※概算のため多少の誤差は生じます。