

重 要 事 項 説 明 書

オークランドホーム介護事業部

オークランドホーム南原町木洩れ陽

利用者様

- ・認知症対応型通所介護(共用型)
- ・介護予防認知症対応型通所介護(共用型)

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防)認知症対応型通所介護(共用型)

(介護予防)認知症対応型通所介護のサービス提供開始にあたり、当事業所が貴殿に説明すべき重要事項は以下のとおりです。

1. オークランドホーム南原町木洩れ陽が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 : 023-622-9002

担 当 者 : 管理者・計画作成担当者

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2. 名称・所在地等

名 称	オークランドホーム南原町 木洩れ陽
所 在 地	山形市南原町3-11-1
介護保険指定番号	(介護予防)認知症対応型通所介護 0670101674号
通常の事業の実施地域	山形市内全域

3. 事業の目的と運営方針

事業目的	(介護予防)認知症対応型通所介護(共用型)の事業(以下「介護サービス」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、介護サービスに従事する職員が、要介護状態(介護予防にあたっては要支援状態)にある高齢者に対して適切な介護サービスを提供することを目的とする。
運営方針	① オークランドホーム株式会社が開設するオークランドホーム南原町木洩れ陽が行う介護サービスは、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、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、利用者の社会的孤立感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ため、要介護状態等にある高齢者に対し、適正に行う。 ② 介護サービスの実施にあたっては、山形市及び地域の保健・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るものとする。

4. オークランドホーム南原町木洩れ陽の設備概要

利用定員	1ユニット 3名 (1日)	台 所	1 箇所
食堂兼居間	1 室	会 議 室	1 室
浴 室	1 室 一般浴槽のみ設置	静 養 室	1 室
		送 迎 車	1 台

5. 職員体制

	常 勤		非 常 勤		職 務 内 容
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者		1名			グループホーム・業務の管理 職員を指揮監督
介護従業者	4名	1名	2名	4名	利用者に対し必要な介護及び支援を行う
計画作成担当者		1名		1名	「介護計画」の作成及び必要に応じて変更 居宅サービス事業者との連絡・調整

6. 営業日及び営業時間

営 業 日	年 中 無 休
営 業 時 間	8:30～17:30
サ ー ビ ス 提 供 時 間	9:00～17:00
延長サービス提供時間	8:30～9:00 17:00～20:00

※緊急連絡電話番号 023-622-9002 (夜間帯は夜勤者が対応いたします)

(注)施設の設備状況や職員体制、クラスターの発生等により稼働できない場合は休業とさせていただきます。 その場合には事前にお知らせいたします。

7.介護サービス内容

(介護予防)認知症対応型通所介護計画に沿って、次のような介護サービスを行います。

- (1) 生活指導(相談援助等)
- (2) 機能訓練(日常生活活動訓練)
- (3) 介護サービス
- (4) 健康状態の確認
- (5) 送迎(希望者)
- (6) 食事サービス
- (7) 入浴サービス(希望者)
- (8) その他利用者に対する便宜の提供

8. 料金

(1) (介護予防)認知症対応型通所介護(共用型)利用料

要介護認定	所要時間	所要単位/日	利用者負担額(1割)
要支援1	3時間以上 4時間未満	248単位	248円
要支援2		262単位	262円
要介護1		267単位	267円
要介護2		277単位	277円
要介護3		286単位	286円
要介護4		295単位	295円
要介護5		305単位	305円
要支援1	4時間以上 5時間未満	260単位	260円
要支援2		274単位	274円
要介護1		279単位	279円
要介護2		290単位	290円
要介護3		299単位	299円
要介護4		309単位	309円
要介護5		319単位	319円
要支援1	5時間以上 6時間未満	413単位	413円
要支援2		436単位	436円
要介護1		445単位	445円
要介護2		460単位	460円
要介護3		477単位	477円
要介護4		493単位	493円
要介護5		510単位	510円
要支援1	6時間以上 7時間未満	424単位	424円
要支援2		447単位	447円
要介護1		457単位	457円
要介護2		472単位	472円
要介護3		489単位	489円
要介護4		506単位	506円
要介護5		522単位	522円
要支援1	7時間以上 8時間未満	484単位	484円
要支援2		513単位	513円
要介護1		523単位	523円
要介護2		542単位	542円
要介護3		560単位	560円
要介護4		578単位	578円
要介護5		598単位	598円
要支援1	8時間以上 9時間未満	500単位	500円
要支援2		528単位	528円
要介護1		540単位	540円
要介護2		559単位	559円
要介護3		578単位	578円
要介護4		597単位	597円
要介護5		618単位	618円

※2割負担の場合は×2 3割負担の場合は×3

8(2)介護保険給付加算等

加算対象サービス	内 容	1割の場合の負担額
個別機能 訓練加算(Ⅰ)	・理学療法士等を1名以上配置 ・個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて訓練を行う場合	27円／日
入浴介助 加算(Ⅰ)	・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して 行われる入浴介助である場合。 ・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等 を行う場合。	40円／日
サービス提供体 制強化加算 (Ⅱ)	・事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士が50%以上 配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している 体制が整った場合。	18円／日
口腔機能 向上加算 (Ⅰ)	・歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置 ・利用者の口腔機能改善管理指導計画書を作成し、計画書 に従いサービスを行い、定期的に評価している場合。	150円／回 月2回が限度
介護職員等 処遇改善加算(Ⅱ)	・介護職員等の処遇改善として17.4%を月の合計単位数に 乗じた単位数が別途加算されます	

(注1)延長サービス費

朝8時30分から9時又は夕方5時から8時迄等、時間を延長して利用することができます。

9時間以上10時間未満のサービスを提供した場合1回あたり500円、自己負担額(1割負担の場合)50円

10時間以上11時間未満の介護サービスを提供した場合1回あたり1,000円、1割負担の場合100円

(注2)若年性認知症利用者受入加算 自己負担額(1割負担の場合)60円／日

若年性認知症の診断を受けた方を対象とし、個別の担当者を配置します。

該当者が利用する場合は事前に市役所へ申請します。(現在算定なし)

8(3)その他の利用料

①教養娯楽費

50円／日

②食材料費(おやつ代・飲み物代含む)

朝食:250円／回(希望者)

昼食:650円／回

夕食:400円／回(希望者)

(おやつ代含む)

③複写代

10円／枚

④オムツ代

実費

⑤その他個人的に必要な買い物などの費用は自己負担となります。尚、立替金での対応も可能ですので、その都度確認させていただきます。

お支払い方法は、原則口座自動引き落としをお願い致します。

※口座自動引き落としの手続きが完了するまでの間は現金での支払いをお願い致します。

8(4) 利用料金等のお支払

- ・毎月1日から月末までの1か月分のご利用料金を一括してご請求する月清算です。
- ・請求書は利用月の翌月15日までに指定先のご住所へ郵送させていただきます。
- ・お支払い方法は振り込み又は口座振替になります。

口座振替→山形銀行に限り指定の口座から自動引き落としになりますので、

20日までに入金をお願いします。なお、銀行の振込手数料として55円頂戴いたします。

振込→下記の指定口座へお振り込みを20日までにお願いします。

<振込指定口座>

口 座 : 山形銀行 寿町支店 店番号 121

口座番号 : 普通預金 461849

口座名義 : オークランドホーム 株式会社
代表取締役 古原 武男

9. 介護サービスの利用方法

- (1) 介護サービスの利用開始は、お電話または来所等でお申し込みください。事業所の職員が対応及びお伺いいたします。(介護予防)認知症対応型通所介護計画作成と同時に契約を結び、介護サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 介護サービスの終了

① お客様のご都合で介護サービスを終了する場合

介護サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申出ください。

② 当事業所の都合で介護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、介護サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に介護サービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付で介護サービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当事業所が正当な理由なく介護サービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご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、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に介護サービスを終了することができます。
- ・お客様が、介護サービス利用料金の支払いを6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

わらず 30 日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なく介護サービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院若しくは病気等により、3 ヶ月以上にわたって介護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、またはお客様やご家族などが当事業所や当事業所の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は、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場合がございます。

(3) 介護 サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 送迎……………原則として、ご自宅まで送迎いたします。また、希望によりご家族様等が送迎される場合は片道47円(1割負担の場合)利用料がお安くなります。
(2割負担の場合は×2、3割負担の場合は×3)
- ・ 体調確認……………送迎後の健康確認(血圧、体温、脈拍)により介護サービスの提供の判断及び健康管理を行います。
- ・ 喫煙……………喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。
(施設敷地内は禁煙。敷地外の喫煙可能な場所にて職員付き添いのもと可能)
- ・ 設備、器具の利用…施設内の備品や器具は本来の用法にしたがってご利用ください。
これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂く場合がございます。

10. 緊急時の対応方法

介護サービスの提供中に容態の変化や事故等があった場合は、事前の打ちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

11. 事故発生時の対応

介護サービスの提供中に事故が発生した場合は、速やかにご家族、市町村、利用者に係る居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等に連絡を行い、その事故及び事故に際してとった処置について記録する等、必要な措置を講ずるものとします。また、サービス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うものとします。なお、当事業所は山形県グループホーム連絡協議会が加入している損害賠償保険会社と契約を結んでおります。

ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

12. 非常災害対策

防災対応	消防法に基づき作成している「消防計画」及び「オークランドホーム南原町木洩れ陽非常災害及び火災・風水害・地震の避難マニュアル」により対応します。
防災設備	・スプリンクラー ・自動火災報知機 ・火災通報装置 ・誘導灯 ・消火器
避難訓練	消防計画に基づいて必要な避難訓練を年2回実施します。
消防計画	消防署届出済
防火管理者	オークランドホーム南原町木洩れ陽 管理者 伊藤 美由紀

13. 介護サービスの内容に関する相談・苦情の窓口

(1) 苦情処理の体制・手順

① 苦情の受付

- ・苦情の受付担当者は、利用者や家族等からの苦情を随時受け付ける。
- ・苦情の受付担当者の不在時には、他のすべての職員が受け付けることができる。その場合、速やかに苦情担当者へ連絡し、状況を正確に報告する。
- ・苦情受付担当者は、苦情受付から解決までの経過と結果について「苦情受付票」に記録しその内容について申出人に確認する。（この際は必ず2名以上の職員で対応。）

◇苦情の内容・希望等(何が・いつ・どこで・誰が・どのように)

- ・苦情受付担当者は受け付けた苦情を苦情解決責任者へ報告する。

② 苦情解決の記録・報告

- ・苦情に関する記録は、苦情受付担当者が苦情受付から解決までの経過と記録については「苦情処理票」に記録する。
- ・その記録は5年間は保管しなければならない。

③ 苦情解決結果の公表

- ・利用者等によるサービスの選択や事業所によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き施設内に掲示し公表する。

④ 利用者等への周知

- ・苦情解決責任者は、利用者や家族に対して苦情解決責任者、苦情受付担当者の氏名・連絡先や苦情解決のしくみ、その他の機関による苦情受付窓口について、サービス開始時の重要事項説明および施設内に掲示し周知を図る。

(2) 苦情受付担当者

電話番号	023-622-9002
部署・担当	オークランドホーム南原町木洩れ陽管理者 伊藤 美由紀
受付時間	月曜～日曜日 午前 8:30 ～午後 5:30

(3) 苦情解決責任者

電話番号	023-642-1391
部署・担当	オークランドホーム南原町木洩れ陽施設長 古原 佳奈
受付時間	月曜～金曜日 午前 9:00 ～午後 5:00

(4)その他相談窓口

市町村	市町村名	山形市	山形市役所 指導監査課
	利用時間	平 日	午前8:30～午後5:00
	電話番号	023-641-1212	
公的団体	団 体 名	山形県国民健康保険団体連合会	
	利用時間	平 日	午前9:00～午後4:00
	電話番号	0237-87-8000	

14. 個人情報の取り扱い

個人情報の保護について	①事業所は適法かつ公正な手段によって取得し、保存している個人情報について個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び、事業所の諸規則に則り適正に取り扱います。 ②事業所は、法令規則により公的機関あて報告が義務づけられているもの及び緊急の場合の医療機関等への利用者の心身等に関する情報提供、その他、利用者が『個人情報の取り扱いに関しての同意書』にて予め同意しているもの以外、利用者またはご家族、代理人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。 ③事業所は利用者及びご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者が注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。
サービス提供に関する記録について	①サービス提供に関する記録は、その完結の日から5年間保管します。 ②利用者またはご家族、代理人はその記録の閲覧が可能です。複写の交付については1枚につき10円の実費をご負担いただきます。

15. 秘密の保持

①事業者及び職員は、介護サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご家族、代理人等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持の義務は契約が終了した後も継続します。 ②職員はその職を辞した後にも秘密保持の義務は継続します。

16. 身体拘束の禁止

①事業所は、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、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」という。）を行いません。緊急やむを得ず身体的拘束を実施する場合は、その事由を利用者及びご家族、代理人等に文書で説明し同意を得ます。 ②事業所は、緊急やむを得ず行う身体的拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向け定期的に検討する取り組みをします。

17. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置を講じます。

- ①事業所の従業員に対する感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施。
- ②その他の感染症の予防及びまん延防止のために必要な委員会の設置や指針整備等の措置の実施。

18. 虐待の防止

利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、次の措置を講じます。

- ①事業所における虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会の定期的な開催及び事業所の従業者に対してその結果について周知徹底。
- ②事業所における虐待防止のための指針の整備。
- ③事業所の従業者に対する虐待防止のための研修の定期的な実施。
- ④虐待防止に関する措置を適切に実施するため、事業所内に責任者を配置。
責任者はオークランドホーム南原町木洩れ陽管理者 伊藤美由紀とする。
- ⑤虐待を受けたと思われる利用者について、市町村への報告。

19. 業務継続に向けた取り組み

事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るため、次の措置を講じます。

- ①利用者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)の策定、及び業務継続計画に従い必要な措置の実施。
- ②職員に対する業務継続計画の周知及び研修、訓練の実施。
- ③定期的な業務継続計画の見直し、及び必要に応じて業務継続計画の変更。

20. 第三者評価 受審状況

(1)評価確定日

令和6年12月9日

(2)評価機関

特定非営利活動法人エールフォーユー

(3)評価結果の開示状況

独立行政法人福祉医療機構ホームページ W A M N E T にて開示

21. 法人の概要

名 称 : オークランドホーム株式会社

代表者役職・氏名 : 代表取締役 古原 武男

本部所在地・電話番号 山形県山形市南原町3丁目20-27 電話023-642-1391

施設・拠点等

(介護予防)認知症対応型共同生活介護	2ヶ所
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護(短期利用)(静養室)	1ヶ所
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護(短期利用)(専用スペース)	1ヶ所
空床利用に限る(介護予防)認知症対応型共同生活介護(短期利用)	2ヶ所
(介護予防)共用型認知症対応型通所介護	2ヶ所

22. その他

この重要事項説明書に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを遵守し、事業所と利用者が誠意を持って協議の上定めます。

令和 年 月 日

(介護予防)認知症対応型通所介護のご利用に当たり、利用申込者に対して本書面に基づき、重要な事項を説明しました。			
事業者	所在地	〒990-2413 山形県山形市南原町3丁目20-27	
	名称	オークランドホーム株式会社	
	代表	代表取締役 古原 武男	
	説明者	所属	オークランドホーム南原町木洩れ陽
氏名		介護支援専門員 石崎 恵理	

私は、本書面により、事業者から(介護予防)認知症対応型通所介護についての重要事項の説明を受け、本書面を受領するとともに(介護予防)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