

認知症対応型通所介護

重要事項説明書

介護予防認知症対応型通所介護

1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 042-375-9888

担当 生活相談員

※ ご不明の点は、何でもお尋ね下さい。

2 多摩市和光園ケアセンターの概要

(1) 送迎できる範囲

名 称	多摩市和光園ケアセンター
所 在 地	多摩市和田1532番地
事業所番号	1395000068
送迎サービスを提供する対象地域	多摩市

※ 上記以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 職員の体制

管理者	常勤	1名	
生活相談員	常勤	6名	
介護職員	常勤	7名	(運転手兼務 5名)
	非常勤	5名	(運転手兼務 2名)
看護職員	非常勤	4名	(機能訓練指導員兼務 4名)
機能訓練指導員	常勤	1名	(他事業兼務 1名)
	非常勤	4名	(看護師兼務 4名)
管理栄養士	常勤	1名	(他事業兼務 1名)
調理員	非常勤	2名	
運転手	常勤	5名	(介護職員兼務 5名)
	非常勤	6名	(介護職員兼務 2名)
その他事務員等	常勤	2名	
	非常勤	1名	

(3) センターの設備等

定員	12名	静養室	1室
食堂兼 機能訓練室	109.39㎡	相談室	1室
入浴室	一般浴槽と特殊浴槽 があります	送迎車	5台

(4) 営業時間

月曜～土曜日	午前8時00分～午後6時00分
--------	-----------------

但し、日曜日及び12月29日～1月3日までは休業

3 提供するサービス

① 認知症対応型通所介護計画及び介護予防認知症対応型通所介護計画の作成

利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、認知症対応型通所介護計画及び介護予防認知症対応型通所介護計画を作成し、その内容を利用者及びご家族に説明、交付し同意を得ます。

② 生活相談

生活相談員をはじめ従業員が日常生活等の相談に応じます。介護・生活全般に関する相談、その他お困りのことがございましたら、何でもご相談ください。

③ 食事サービス—食事摂取介助、水分補給など

当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事の提供を行います。

④ 入浴サービス

一般浴、介護個浴、チェア浴での入浴介助を実施します。

⑤ 介護サービス

認知症対応型通所介護計画及び介護予防認知症対応型通所介護計画に沿った介護を行います。

⑥ 機能訓練—体操、日常生活動作訓練、アクティビティなど

機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、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ための訓練を同意のうえ、利用者を実施します。

⑦ 送迎

利用者の自宅から、事業所までを送迎します。（車イスでの送迎可）

4 料金表

(1) 利用料金

基本単位数・料金

(令和6年6月1日より)

	1回あたりの基本単位		利用者負担額(1割)		利用者負担額(2割)		利用者負担額(3割)	
	6時間以上	7時間以上	6時間以上	7時間以上	6時間以上	7時間以上	6時間以上	7時間以上
	7時間未満	8時間未満	7時間未満	8時間未満	7時間未満	8時間未満	7時間未満	8時間未満
要支援1	684単位	773単位	879円	994円	1,758円	1,987円	2,637円	2,980円
要支援2	762単位	864単位	980円	1,111円	1,959円	2,221円	2,938円	3,331円
要介護1	790単位	894単位	1,015円	1,149円	2,030円	2,298円	3,045円	3,447円
要介護2	876単位	989単位	1,126円	1,271円	2,251円	2,542円	3,377円	3,813円
要介護3	960単位	1,086単位	1,234円	1,396円	2,467円	2,791円	3,701円	4,187円
要介護4	1,042単位	1,183単位	1,339円	1,520円	2,678円	3,040円	4,017円	4,560円
要介護5	1,127単位	1,278単位	1,449円	1,643円	2,897円	3,285円	4,345円	4,927円
入浴介助加算Ⅰ	40単位		52円		103円		154円	
入浴介助加算Ⅱ	55単位		71円		142円		212円	
個別機能訓練加算Ⅰ	27単位		35円		70円		104円	
個別機能訓練加算Ⅱ(1月あたり)	20単位		26円		52円		77円	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20単位		26円		52円		77円	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5単位		7円		13円		20円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	22単位		29円		57円		85円	
送迎片道減算	▲47単位		▲61円		▲121円		▲181円	
食材費	800円							
おむつ代	おむつ代 180円、パッド代 70円							
マスク代	50円							
湿布代	1枚 100円							
滅菌ガーゼ	1枚 50円							
クラブ材料費	一部 実費あり							

※利用者負担額の計算根拠 基本単位数に介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)18.1%が上乗せされ、1単位=10.88円(2級地)で計算されています。

□その他費用

上記の他、日常生活において通常必要となるものに係わる費用で利用者負担が妥当と認めるもの。

(2) キャンセル料

利用者の都合でサービス利用を中止する場合は、下記のキャンセル料が必要です。

① 利用日の前営業日午後5時までに連絡があった場合	無料
② 利用日の前営業日午後5時までに連絡がなかった場合	食材費の100%(800円)

*認知症対応型通所介護の休日にご注意ください。

(3) 利用料金の支払方法

毎月、15日頃前月分の請求をさせていただきます。
お支払い方法は、口座依頼振替依頼書をご提出下さい。
入金を確認後、領収書を発行致します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話でお申し込みください。居宅サービス計画（ケアプラン）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。

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び認知症対応型通所介護計画及び介護予防認知症対応型通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。
なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申しつけください。

② 当センター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、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた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
- ・利用者がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

(3) その他

- ・当センター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、利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当センターが倒産した場合、利用者は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
- ・利用者がサービス利用料金の支払いを2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14日以内に支払わない場合、または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がた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、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

6 当センターの通所介護サービスの特徴

(1) 運営の方針

- ① 事業所の通所介護従事者は、要介護状態の心身の特徴を踏まえて、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出来るよう、さらに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及び機能訓練等の介護・その他必要な援助を行う。
- ② 事業の実施にあたっては、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る。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
土曜・日曜日・祝祭日の実施の有無	有	土曜・祝祭日は実施
時間延長実施の有無	無	
従業員への研修の実施状況	有	採用時研修－採用後2か月以内 継続研修－年2回以上
サービスマニュアルの作成	有	
送迎の有無	有	

(3) サービス利用のための留意点

- ①利用者が入浴及び機能訓練室等を利用する場合には、職員立合のもとで使用する。
また、体調が思わしくない場合にはその旨を説明し安全指導を図る。
- ②利用者、家族は体調の変化があった際には事業所へお知らせください。
- ③事業所内への金銭、食べ物等の持ち込み、やり取りはご遠慮ください。

7 非常災害対策

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、計画に基づき年2回利用者及び従事者の訓練を行います。

8 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は事前の打ち合わせどおり速やかにご家族、主治医への連絡等必要な措置を講じます。

9 事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、ご説明いたします。

1 0 個人情報の取り扱い・守秘義務に関する対策について

事業者及び従業者は、業務上知り得た氏名・住所・健康状態・病歴・家族状況、その他一切の利用者や家族・個人に関する情報を、サービスを円滑に実施するために必要な場合に使用することがありますが、使用にあたっては、目的の範囲内で必要最小限に留め、また情報提供の際には関係者以外には決して話すことのないよう細心の注意を払います。

また退職後においてもこれらの情報を漏らさないことを遵守すべき旨を従業者との雇用契約の内容としています。

1 1 利用者の人権

利用者の人権、プライバシーの保護に努め、従業者教育を行います。

1 2 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びご家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様、時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します

1 3 虐待防止

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会の開催
- (2) 高齢者虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止研修の実施

1 4 業務継続に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合であっても、指定通所介護の提供が継続できるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修等を実施します。

1 5 感染症の予防及び蔓延防止のための措置

感染症の発生及び蔓延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

- (1) 感染対策委員会の開催
- (2) 感染症及び蔓延防止のための指針の整備
- (3) 感染症及び蔓延防止のための研修等の実施

1 3 サービス内容に関する苦情・相談窓口

① 当センターご利用者相談・苦情担当

担当窓口 大河原祥光 電話 042-375-9888

② 第三者委員

塩 沢 三 男 (連絡先 042-373-0803)

太 田 義 次 (連絡先 042-677-9464)

③ その他

当センター以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村所管課 多摩市役所介護保険課

連絡先電話 042-338-6901

東京都国民健康保険団体連合会

〒160-0023

東京都新宿区西新宿6-24-1 西新宿三井ビルディング11～14階

連絡先電話 03-5326-2611（大代表）

1.4 苦情の対応について

① 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告いたします。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。

1.5 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者に故意にまたは過失が認められた場合には、利用者の置かれている心身の状況などを痛癢して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任は減じられます。

1.6 当法人の概要

名称	社会福祉法人 大和会	
代表者氏名	理事長 湖山 泰成	
本部所在地	東京都多摩市和田1547番地	
電話	042-376-3555	
施設・拠点等	特別養護老人ホーム	3カ所
	ケアハウス	1カ所
	短期入所生活介護事業	2カ所
	通所介護事業	1カ所
	認知症対応型通所介護事業	1ヶ所
	訪問介護事業	1カ所
	居宅介護支援事業	1カ所
	多摩市西部地域包括支援センター	1カ所
	介護予防介護事業	1カ所
	診療所	1カ所
	保育所	3カ所
	学童クラブ	2カ所

指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および個人情報使用について本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 多摩市和光園ケアセンター
(事業所番号1395000068)

所在地 多摩市和田1532番地

代表者名 大河原 祥光

説明者 氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護サービスについての重要事項の説明を受けました。又、個人情報については、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

利用者 住所
氏名 印

(代理人) 住所
氏名 印