

(介護予防)認知症対応型通所介護サービス重要事項説明書



1. 事業所概要

サービス提供を行う施設	所在地	東京都中野区弥生町3丁目33番8号		
	名称	弥生高齢者在宅サービスセンター	電話	TEL 03-3370-9841 FAX 03-3370-8362
介護保険指定番号	(介護予防)認知症対応型通所介護 (1391400270)			
管理責任者	氏名	坂本 美紀	連絡先	上記と同じ
営業日	月～土	但し、12月30日から1月3日までを除きます。		
営業時間	8:30～18:00 祝祭日も営業			
サービス提供時間	9:30～17:45			
施設概要	定員	12人(1日あたり)		
	機能訓練室兼食堂	1室		
	相談室	1室		
	静養室	1室		
	浴室	1室		
	送迎車	ワゴンタイプ10人乗りリフト車 3台		
職員体制(兼務有)		職員数	業務内容	
	管理者	1名	施設運営管理・認知症対応型通所介護計画の策定等	
	生活相談員	1名以上	生活相談・生活指導	
	看護職員	1名以上	健康チェック、養護等	
	機能訓練指導員	1名以上	機能訓練、助言等	
介護職員	2名以上	介護サービス等		

2. サービスの内容

- (1)「(介護予防)認知症対応型通所介護サービス」はご利用者が奉優会の管理運営する施設に通って、当該施設において、食事の提供(これらに伴う介護を含む)、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認、その他ご利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。
- (2)奉優会は上記の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3)サービス提供にあたっては居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に添って「(介護予防)認知症対応型通所介護計画書」を作成し、ご利用者およびそのご家族に説明し、同意を受けて交付します。「(介護予防)認知症対応型通所介護計画書」に沿って計画的に提供します。

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送迎サービス、食事サービス、機能訓練(日常動作訓練)、その他必要な介護をおこないます。	
送迎サービス	リフト付ワゴン車にて、送り迎えを行います。 車椅子での乗車も可能です。	
食事サービス	昼食の提供をします。 一口大、刻み食等の対応も可能です。	
入浴サービス	機械浴(個浴)により、衣類着脱・身体の清拭・洗髪・洗身・その他必要な入浴の介助を行います。	
機能訓練(日常動作訓練)	体力や機能の低下を防ぐ為に必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得する為の訓練を行います。	
生活相談	利用者や家族からの介護等に関する相談をお受けします。	
趣味いきがい活動	手工芸・ゲーム・外出など、趣味や生きがいにつながる活動を行います。	
その他介護サービス	日常生活能力の程度により、排泄・移動・移乗、その他必要な身体の介助を行います。	
サービス提供地域	中野区にお住まいの方。	

3. サービス提供の記録等

(1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた「(介護予防)認知症対応型通所介護記録書」の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。

(2) 事業所は、一定期間ごとに「(介護予防)認知症対応型通所介護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「(介護予防)認知症対応型通所介護記録書」、その他の記録を作成して、ご利用者に説明のうえ交付すると共に、居宅介護支援事業所に提出します。

(3) 事業所は、前記「(介護予防)認知症対応型通所介護記録書」その他の記録を契約終了後2年間は適正に保管し、ご利用者の求めに応じて閲覧に供し、又はご利用者の実費負担(1枚10円)により、その写しを交付します。

4. 利用者負担金

(1) ご利用者負担金は次表のとおりです。

<1 割負担>

ご利用 1 回あたりの 自己負担額	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
	要介護度 1	603 円	632 円	953 円	977 円	1,104 円
要介護度 2	663 円	695 円	1,055 円	1,082 円	1,224 円	1,262 円
要介護度 3	725 円	760 円	1,155 円	1,184 円	1,344 円	1,386 円
要介護度 4	786 円	823 円	1,257 円	1,289 円	1,464 円	1,512 円

要介護度 5	846 円	887 円	1,360 円	1,395 円	1,584 円	1,634 円
入浴介助加算 I	45 円(1 回あたり)					
科学的介護推進体制加算	45 円(1 月あたり)					
ADL 維持加算 I	34 円(1 月あたり)					
サービス提供体制加算 III	7 円(1 日あたり)					
口腔機能向上加算 II	222 円(1 回あたり)※月 2 回までの算定)					
送迎減算	-53 円(片道につき)					

<2 割負担>

ご利用 1 回あたりの 自己負担額	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
要介護度 1	1,206 円	1,263 円	1,905 円	1,954 円	2,207 円	2,278 円
要介護度 2	1,326 円	1,390 円	2,109 円	2,163 円	2,447 円	2,524 円
要介護度 3	1,450 円	1,519 円	2,309 円	2,367 円	2,687 円	2,771 円
要介護度 4	1,572 円	1,645 円	2,513 円	2,578 円	2,928 円	3,024 円
要介護度 5	1,692 円	1,774 円	2,720 円	2,789 円	3,168 円	3,268 円
入浴介助加算 I	89 円(1 回あたり)					
科学的介護推進体制加算	89 円(1 月あたり)					
ADL 維持加算 I	67 円(1 月あたり)					
サービス提供体制加算 III	14 円(1 日あたり)					
口腔機能向上加算 II	444 円(1 回あたり)※月 2 回までの算定)					
送迎減算	-105 円(片道につき)					

<3 割負担>

ご利用 1 回あたりの 自己負担額	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
要介護度 1	1,809 円	1,895 円	2,857 円	2,931 円	3,310 円	3,417 円
要介護度 2	1,988 円	2,085 円	3,164 円	3,244 円	3,670 円	3,786 円
要介護度 3	2,175 円	2,278 円	3,464 円	3,550 円	4,030 円	4,156 円
要介護度 4	2,358 円	2,468 円	3,770 円	3,867 円	4,392 円	4,536 円
要介護度 5	2,538 円	2,661 円	4,080 円	4,183 円	4,752 円	4,802 円
入浴介助加算 I	134 円(1 回あたり)					
科学的介護推進体制加算	134 円(1 月あたり)					
ADL 維持加算 I	100 円(1 月あたり)					
サービス提供体制加算 III	20 円(1 日あたり)					
口腔機能向上加算 II	666 円(1 回あたり)※月 2 回までの算定)					
送迎減算	-157 円(片道につき)					

<負担割合に関わらず共通>

昼食代(おやつ代込)	800 円
処遇改善加算Ⅱ (R6 年 6 月以降)	※利用料の 18.1%相当額を算出し請求させていただきます

令和 6 年 4 月 1 日施行

(2)介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

また、保険料の滞納等の理由にて介護保険の給付を受けられない方についても全額自己負担となります。その際は、事業所よりサービス提供証明書を発行させていただきますので、返金の手続きに関しましては中野区にお問い合わせ下さい。

(3)支払い方法

事業所は、翌月の 25 日頃までに前月分の請求をいたしますので、翌月末日までに自動引き落としの方法でお支払いいただきます。

引き落としの手数料は事業所が負担します。

5. 早退、キャンセル及びサービスの中止など

(1)ご利用者がサービスの中止をする際に、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話): 03-3370-9841

(2)ご利用者都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日午後 5 時までにご連絡ください。同時刻を過ぎてからのキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承下さい(ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)

① 利用日の前営業日午後 5 時までにご連絡いただいた場合:	無 料
② 利用日の当日に 8 時 30 分以降にご連絡いただいた場:	キャンセル料 600 円

*ご利用日が月曜日の場合ご注意下さい。

(3)ご利用者がサービス利用中に早退をした場合の利用料金は、所要時間に合わせて基本利用料金の利用者負担金の全額をお支払いいただきます。ただし、基本料金以外のその他の利用料金に関しては、利用した場合のみお支払いいただきます。

(4)健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族にご連絡の上対応いたします。
- ③ サービスをご利用中に体調が悪化した場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族及び介護支援専門員に連絡の上対応いたします。また、必要に応じて主治医に連絡を取るなど、必要な措置を講じます。

6. その他

(1)サービス従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

(2)事故が発生した場合は、家族等に連絡するとともに、必要に応じて、市区町村や関係機関等に連絡をとり、対策をとります。利用者に賠償すべき事故の場合は速やかに損害賠償を行います。なお、損害賠償の範囲は、裁判の判例などを鑑みて、一般的な相当因果関係にあたるものを指します。

7. 社会福祉法人 奉優会の概要

(1)事業概要

名称・法人種別	社会福祉法人 奉優会
代表者役職・氏名	理事長 香取 寛
本部所在地・電話番号	東京都世田谷区駒沢 1-4-15 真井ビル 5F TEL 03-5712-3770
定款の目的に定めた事業	<ol style="list-style-type: none"> 1 特別養護老人ホーム 2 短期入所生活介護 3 (介護予防)短期入所生活介護 4 通所介護事業所 5 (介護予防・日常生活支援総合事業)通所介護事業所 6 認知症対応型通所介護事業所 7 (介護予防)認知症対応型通所介護事業所 8 訪問介護事業所 9 (介護予防・日常生活支援総合事業)訪問介護事業所 10 地域包括支援センター 11 居宅介護支援事業所 12 日常生活支援総合事業支援事業所 13 老人福祉センター 14 敬老館 15 配食事業

(2)運営の方針

奉優会では、顧客満足を得ることや、潜在的な利用者ニーズを社会のシステムとして具体化し、社会のニーズや「夢」を実現することを通して、広く社会に貢献していくことが必要であると考えます。そのためには社会の新しいニーズ(ソーシャル・ニーズ)を見つけ出し、それに対応する力(ソーシャルワーカーズ・アビリティ)を磨き、社会貢献を通じて法人の社会的責任を担う(ソーシャルレスポンシビリティ)これらの3点を融合させながら、社会全体のニーズを満たすことのできる法人を目指していきます。

弥生高齢者在宅サービスセンターでは、従業者が要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、ご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解消及び心身機能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、その他必要な介護を行います。また、事業の実施にあたっては、中野区及び地域の保健・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ます。

(3)個人情報の取り扱いについて

【個人情報の収集、利用及び提供】

1.個人情報の収集は、介護サービス提供前に、利用目的の範囲を説明し、同意を頂いた上で

収集いたします。

2. 個人情報の利用は、同意を頂きました利用目的の達成に必要な範囲内において、適正に使用いたします。
3. 個人情報の第三者への提供は、情報を頂いたご本人の依頼、または同意の無い限り提供することはいたしません。また、同意のもと、提供、委託を行う場合においても、その個人情報に対しては、適正に管理・監督を行って参ります。

＜同意をいただく必要がある個人情報の利用目的の範囲について＞

1. 奉優会が、ご利用者様からの依頼にもとづいた各種サービスを提供するための利用。
 2. 提供したサービスに対する請求業務などの介護保険事務での利用。
 3. サービス提供に係わる、事業所等の管理運営業務での利用。
 4. ご利用者からの依頼に基づいた適正なサービスを提供するための、他サービス事業や居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議）、照会への回答。
 5. ご家族への心身の状況説明。
 6. 行政機関等からの要求で、法令上応じることが義務付けられている事項に対する利用。
 7. その他、特に目的を特定の上、同意を得て収集した個人情報については、その特定した利用目的に沿う利用。
8. サービス内容に関する苦情
管理者は、提供した（介護予防・日常生活支援総合事業）認知症対応型通所介護に関するご利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当者を置き、事実関係の調査を実施し、改善措置を講じ、ご利用者及びその家族に説明します。

当事業所お客様相談・苦情担当

担当 坂本 美紀

連絡先 03-3370-9841

上記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。

区市町村名：中野区介護保険分野事業者指導調整担当 連絡先：03-3228-8878

東京都国民健康保険団体連合会：介護保険部相談指導課 連絡先：03-6238-0177

9. 非常災害対策

事業所は、非常災害に備えるため、避難訓練等を下記のとおり行うとともに必要な設備を備えます。

- ・ 防火管理責任者 坂本 美紀
- ・ 避難訓練 年 2 回 ・ 防災訓練 年 2 回 ・ 通報訓練 年 1 回

10. 事故発生時の対応

ご利用者に対する（介護予防）認知症対応型通所介護の提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治医または関係医療機関、区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、事故の状況及び事故に際して採った処置について事故報告書を作成し、その内容を経営者に報告した後、法人内に公表し再発防止に努めます。事故報告書はその完結後2年間保管することとします。

11. 衛生管理対策

(介護予防)認知症対応型通所介護等に使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意します。

12. 従業員の研修

従業員の質的向上を図るため、研修の機会を継続研修年2回以上、採用時には3ヶ月以内に採用時研修を実施致します。

(介護予防)認知症対応型通所介護の提供開始にあたり、利用申込者に対して、本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

社会福祉法人奉優会

所在地 東京都中野区弥生町3丁目33番8号

事業所名 弥生高齢者在宅サービスセンター

担当者 坂本 美紀

印

1. 本人

私は、上記の重要事項について説明を受け、内容を十分に理解し、承諾しました。

署名: _____

日付: _____年____月____日

2. 連帯保証人

私は、上記の内容を確認し、保証人としての責任を承諾しました。

極度額: 300万円

署名: _____

続柄: _____

住所: _____

日付: _____年____月____日

3. 代理人(後見人等)

私は、本人の代理人として、上記の内容を確認し、承諾しました。

(※後見人の場合、「後見人」と明記してください)

署名: _____

代理人区分: 法定後見人 任意後見人 その他(_____)

住所: _____

日付: _____年____月____日

印