

認知症通所介護【重要事項説明書】

< 年 月 日現在 >

1. あつといーずホーム の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

| | |
|---------------|----------------------------------|
| 名 称 | あつといーずホーム |
| 所在地 | 長野県千曲市磯部 170-2 |
| 介護保険指定番号 | 通所介護 (長野県千曲市 事業者番号 2091800058) |
| サービスを提供する対象地域 | 千曲市 |

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同センターの職員体制

| | | 資格 | 常 勤 | 非常勤 | 計 |
|------------------------|--------------|-------|-----|-----|---|
| 管理者 | | 介護福祉士 | | | |
| 看護 介 護 職 員 | 看護師 | | | | |
| | 介護福祉士 | | | | |
| | ヘルパー1～2級修了者等 | | | | |
| | その他 | | | | |

(3) 同センターの設備の概要

| | | | |
|-----|------|----------|----|
| 定 員 | 3名 | 食堂兼機能訓練室 | 1室 |
| 静養室 | 1室 | 相談室 | 1室 |
| 浴 室 | 一般浴槽 | 送迎車 | 2台 |

(4) 営業時間

| | |
|-----|-------------------------------|
| 毎 日 | 午前9時00分～午後16時15分 (時間外はご相談下さい) |
| 定休日 | 利用者の状況により12月31日～1月2日 |

○ 担当者 (デイサービスの担当者等)

氏名 上村 義江 連絡先 電話 026-261-4177

通所介護の内容

- ・ご利用日 毎週 曜日
- ・ご利用時間 午前9：00 ～ 午後16：15
- ・ご利用場所 千曲市磯部170-2
- ・ご利用可能設備等 食堂
相談室
浴室（普通浴槽）
送迎車 2台
- ・サービス内容 認知症通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、その他必要な介護等を行います。

2. サービス内容

- ①送迎 ②食事 ③入浴 ④機能訓練 ⑤生活相談 等

3. 料金

(1) 利用料金

通所介護利用料 (1割負担の場合)

| | 1日あたりの利用料金 | | | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 | | |
|------|------------|--------|--------|---------------------|-------|-------|
| | 5～6時間 | 6～7時間 | 7～8時間 | 5～6時間 | 6～7時間 | 7～8時間 |
| 要介護1 | 4,450円 | 4,570円 | 5,230円 | 445円 | 457円 | 523円 |
| 要介護2 | 4,600円 | 4,720円 | 5,420円 | 460円 | 472円 | 542円 |
| 要介護3 | 4,770円 | 4,890円 | 5,600円 | 477円 | 489円 | 560円 |
| 要介護4 | 4,930円 | 5,060円 | 5,780円 | 493円 | 506円 | 578円 |
| 要介護5 | 5,100円 | 5,220円 | 5,980円 | 510円 | 522円 | 598円 |

- ・入浴費 介助浴1回あたり 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は**40円**です(1割負担の場合)
- ・昼食代 1食あたり **720円**(全額自己負担)
- ・おやつ代 1食あたり **140円**(全額自己負担)
- ・延長料金 9時間を超えて利用される場合、1時間ごとに500円 3時間まで(12時間)利用頂けます。

ただし、介護保険適用時の自己負担額は**50円**です(1割負担の場合)

- ・その他費用 (全額自己負担)

| | 宿泊費 | 食費(朝、夕) | 紙パンツ | 尿取りパット |
|----|----------|---------|--------|--------|
| 金額 | 3,000円/泊 | 550円/各食 | 170円/枚 | 60円/枚 |

- ・ 認知症通所介護栄養アセスメント加算 50 単位(1 月につき)

- ・ 認知症通所介護栄養改善加算 200 単位(1 月につき)

- ・ 認知症通所介護口腔栄養スクリーニング加算(6 月に 1 回を限度)1 回につき

| | |
|------------------|-------------------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算 I | 口腔・栄養スクリーニング加算 II |
| 20 単位(1 回につき) | 5 単位(1 回につき) |

- ・ 認知症通所介護口腔機能向上加算(月 2 回限度)

| | |
|------------|-------------|
| 口腔機能向上加算 I | 口腔機能向上加算 II |
| 150 単位 | 160 単位 |

- ・ 介護職員処遇改善加算

| | | |
|----------------|----------------|----------------|
| 介護職員処遇改善加算 I | 介護職員処遇改善加算 II | 介護職員処遇改善加算 III |
| 算定した単位数に 18.1% | 算定した単位数に 17.4% | 算定した単位数に 15.0% |

- ・ サービス提供体制強化加算

| | | |
|--|-----------------|----------------------------------|
| サービス提供体制強化加算 I | サービス提供体制強化加算 II | サービス提供体制加算 III |
| 介護福祉士が 70%以上配置 勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上 | 介護福祉士が 50%以上配置 | 介護福祉士 40%以上 勤続 7 年以上の者が 30%以上 |
| 22 単位/日 | 18 単位/日 | 6 単位/日 |

※ 生活保護を受けている方については、自己負担料金が異なります。

(2)キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| ① ご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 ご利用日の当日午前 8 時までにご連絡いただいた場合 | デイサービス利用料の 10% |
| ③ ご利用日の当日午前 8 時までにご連絡がなかった場合 | デイサービス利用料の 100% |

※ ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

(3)お支払い方法

毎月、10 日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払い方法は、銀行振込とさせていただきます。

4.サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅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) サービスの中止

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、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

(3) サービスの終了

- ① お客様のご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日の1週間前までに文書でお申し出ください。
- ② 当社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、双方の通知がなくても、自動的に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。
 - ・お客様がお亡くなりになった場合
- ④ 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、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、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
 - ・お客様が、サービス利用料金の支払いを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、お客様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、お客様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、またはお客様やご家族などが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。

5. 当所の特徴等

(1) 運営の方針

高齢者の生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上の図り、同時にそのご家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることの援助を行い、家庭的な雰囲気の中でサービスの提供を行う。

(2) サービス利用のため

| 事項 | 有 無 | 備 考 |
|-----------|-----|-----|
| 男性介護職員の有無 | 有 | |
| 時間延長の可否 | 可 | |

| | | |
|--------------|---|-------------|
| 従業員への研修の実施 | 有 | 年1回 実施しています |
| サービスマニュアルの作成 | 有 | |

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡
- ・体調確認
- ・体調不良等による
- ・サービスの中止、変更
- ・食事のキャンセル
- ・時間変更
- ・設備、器具の利用

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、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 | 主治医師氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

協力医療機関

| |
|--|
| |
|--|

7. 非常災害対策

- ・防災設備 消火器の設置
- ・防災訓練 年2回
- ・防火責任者 落合 良晴

9. 業務継続計画に準ずる

8. 虐待の防止に関する事項

虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じることとする。

虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

その他虐待防止のために必要な措置

サービス提供中に、当該センター従業員または、養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

9. 業務継続計画

業務継続計画（BCP）の策定等にあって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続してサービスの提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとする。

10. 衛生管理

感染の予防及び蔓延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行う。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努める。

11. 就業環境の確保

適切な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または優越的關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、従業者の就業環境を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るものとする。

12. 第三者評価の実施状況

（ 有 ・ 無 ） 直近の実施年月日 年 月 日

13. サービス内容に関する苦情

①当センターご利用者相談・苦情担当

24時間受付 電話 026-261-4177 (落合 良晴)

②その他

当センター以外に、区市町村等の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

| | |
|--------------|--|
| 千曲市役所 | 所在地 千曲市大字杭瀬下2-1 電話番号 026-273-1111 受付時間 8:30~17:15 |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 長野市西長野143-8 電話番号 026-238-1550 FAX 026-238-1559 受付時間 8:30~17:15 |
| 長野県庁社会部高齢福祉課 | 所在地 長野市大字南長野字幅下692-2 電話番号 026-235-7121 FAX 026-235-7394 受付時間 8:30~17:15 |

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

| | | |
|-----|---------------|---|
| 所在地 | 長野県千曲市磯部170-2 | |
| 名称 | あっといーずホーム | |
| 代表者 | 落合 良晴 | 印 |
| 説明者 | 羽賀 洋介 | 印 |

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

| | | |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

| | | |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |