

(認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

デイサービスセンター わとなーる浦安

重要事項説明書

社会福祉法人 わとなーる

(認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)

デイサービスセンター わとなーる浦安

重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 047-318-2750 (午前9時00分～午後6時00分)

F A X 047-318-2751

担当者 香川 幸雄 (かがわ さちお)

責任者 中野渡 雄 (なかのわたり ゆう)

2. 事業所の概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	デイサービスセンター わとなーる浦安
所在地	千葉県浦安市富士見3丁目23番16号
電話番号	047-318-2750
F A X 番号	047-318-2751
事業所番号	認知症対応型通所介護 (指定事業所番号 1293200117) (介護予防認知症対応型通所介護)
その他のサービス	・短期入所生活介護 (指定事業所番号 1273200947) (介護予防短期入所生活介護) ・特別養護老人ホーム (指定事業所番号 1293200117)
サービスを提供できる地域	浦安市

(2) 当事業所の職員体制

職 名	資 格	常勤	非常勤	合計	備 考
管 理 者		1 名		1 名	兼務
生 活 相 談 員		1 名		1 名	
個別機能訓練指導員	あんまマッサー ー ジ 師	名	名	名	
介護・看護職	初任者研修 修了者	1 名	1 名	2 名	

(3) 当事業所の設備の概要

定 員	1 2 名	静養室	1 室
食堂兼機能訓練室	7 5 . 4 3 m ²	相談室	1 室
浴 室	一般・特殊浴槽室	送迎車	2 台

(4) サービスの提供時間

営業日	火～土曜日
営業時間	午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分
サービス提供時間	午前 9 時 0 0 分～午後 5 時 0 0 分
休業日	日・月・年末年始

3. 当事業所の認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の特徴等

(1) 運営方針

- ① 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行うものとする。
- ② 自らその提供する認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
- ③ 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、通所介護計画及び介護予防通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。

- ④ 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たる従業者は、提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行う。
- ⑤ 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- ⑥ 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。また、要支援1、2の状態の利用者等に対しては、必要に応じ介護予防に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備考
男性介護職員の有無	有	
時間延長の可否	否	
従業員への研修の実施	有	随時
サービスマニュアルの作成	有	

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

- ① 送迎時間の連絡
- ② 体調確認
- ③ 体調不良者等によるサービスの中止・変更
- ④ 食事のキャンセル
- ⑤ 時間変更
- ⑥ 設備、器具の利用

4. サービスの内容

- | | |
|------------|------------------------------|
| (1) 送迎 | 車椅子対応車両等2台による送迎 |
| (2) 食事 | 栄養のバランスを考え、旬の食材にて季節感のある食事の提供 |
| (3) 入浴 | ストレッチャー対応の機械浴設置 |
| (4) 生活相談 | 心身状況を把握した生活援助 |
| (5) 個別機能訓練 | 身体機能の維持, 向上 |

5. 利用料金

(1) 認知症対応通所介護及び介護予防認知症対応通所介護利用料

サービス提供時間 5 時間以上 6 時間未満					
	単位数 ^(※1)	介護報酬 ^(※2) (円)	自己負担額(円) 1割負担の方	自己負担額(円) 2割負担の方	自己負担額(円) 3割負担の方
要支援 1	667	9,498	950	1,900	2,921
要支援 2	743	10,386	1,039	2,077	3,249
要介護 1	771	10,743	1,074	2,149	3,360
要介護 2	854	11,805	1,180	2,361	3,704
要介護 3	936	12,884	1,284	2,569	4,042
要介護 4	1,016	13,862	1,386	2,772	4,386
要介護 5	1,099	14,913	1,491	2,983	4,734
入浴加算	40	433	44	87	130
サービス提供時間 6 時間以上 7 時間未満					
	単位数 ^(※1)	介護報酬 ^(※2) (円)	自己負担額(円) 1割負担の方	自己負担額(円) 2割負担の方	自己負担額(円) 3割負担の方
要支援 1	684	9,715	971	1,943	2,993
要支援 2	762	10,635	1,063	2,127	3,334
要介護 1	790	10,982	1,098	2,196	3,444
要介護 2	876	12,075	1,207	2,415	3,798
要介護 3	960	13,148	1,315	2,630	4,143
要介護 4	1,042	14,187	1,419	2,837	4,497
要介護 5	1,127	15,270	1,527	3,054	4,851
入浴加算	40	433	44	87	130

サービス提供時間 7 時間以上 8 時間未満					
	単位数 ^(※1)	介護報酬 ^(※2) (円)	自己負担額(円) 1 割負担の方	自己負担額(円) 2 割負担の方	自己負担額(円) 3 割負担の方
要支援 1	773	10,841	1,084	2,168	2,950
要支援 2	864	11,924	1,192	2,385	3,295
要介護 1	894	12,314	1,231	2,463	3,412
要介護 2	989	13,516	1,352	2,703	3,772
要介護 3	1,086	14,750	1,475	2,950	4,142
要介護 4	1,183	15,985	1,598	3,197	4,513
要介護 5	1,278	17,187	1,719	3,437	4,873
入浴加算	40	433	44	87	130
サービス提供時間 8 時間以上 9 時間未満					
	単位数 ^(※1)	介護報酬 ^(※2) (円)	自己負担額(円) 1 割負担の方	自己負担額(円) 2 割負担の方	自己負担額(円) 3 割負担の方
要支援 1	798	11,166	1,117	2,233	3,474
要支援 2	891	12,270	1,227	2,454	3,860
要介護 1	922	12,660	1,266	2,532	3,990
要介護 2	1,020	13,906	1,391	2,781	4,409
要介護 3	1,120	15,184	1,518	3,037	4,822
要介護 4	1,221	16,462	1,646	3,292	5,247
要介護 5	1,321	17,740	1,774	3,548	5,660
入浴加算	40	433	44	87	130

(※2) 単位数に介護職員処遇改善加算Ⅱ (17.4%) と科学的介護推進体制加算 (40 単位/月) を

加え、地域単価 10.83 円を乗じたもの

(2) 介護保険給付対象外サービスの利用料

食 費	650 円
おむつ代	1 組 100 円
そ の 他 日常生活費	① 身の回り品・・・持参 (歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等個人用の日用品等) ② 利用者の希望により購入する教養娯楽・・・実費 (クラブ活動や行事における材料費等) ※「サービス提供の一環として提供されるもの」について、徴収することは認められない。

*介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明を発行いたします。サービス提供証明書を後日各町村の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることが

利用者又は保証人のご都合でサービスを中止する場合、お早めにご連絡をいただけますようお願い申し上げます。

(3) キャンセルについて

利用者又は保証人のご都合でサービスを中止する場合、お早めにご連絡をいただけますようお願い申し上げます。

(4) 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気、感染症の疑い等でサービスの実施が困難と判断した際は、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医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

*サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り返ることができます。ただし、定員数分の予定が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

(5) 利用料の支払方法

利用料は月払いで、毎月15日までに前月分の請求をいたしますので利用された翌月末までに施設指定口座に銀行振込、又は翌月25日に口座引き落とし（ゆうちょ銀行）の方法で支払うものとします。

6. 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。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 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。

(2) サービスの終了

- ① お客様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日の1週間前までにお申し出ください。
- ② 人員不足等やむを得ない事情により、当事業所のサービス提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知します。

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
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分又は要支援認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様が亡くなられた場合

④ その他

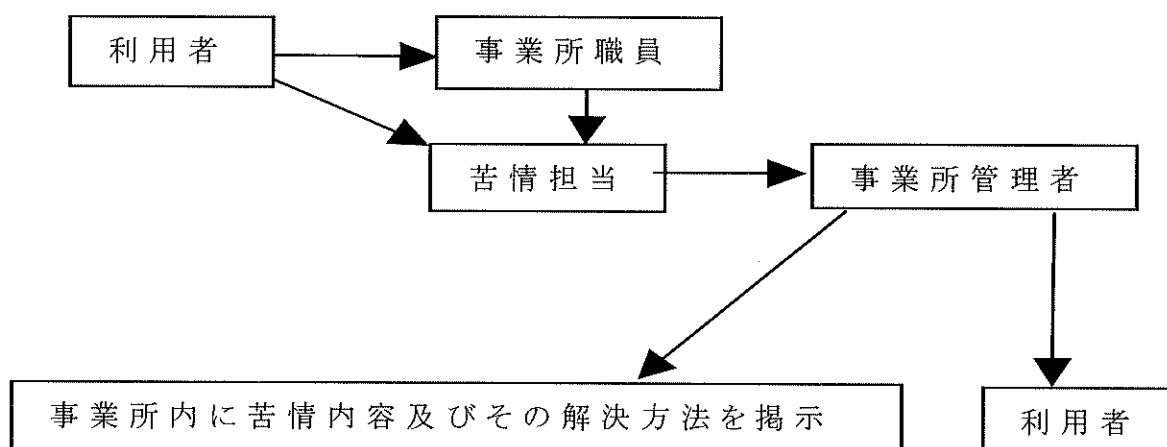
- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

7. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

電話番号	047 - 318 - 2750		
担当部署	デイサービスセンター わとなーる浦安		
責任者	中野渡 雄	担当者	香川 幸雄
受付時間	火曜日～土曜日	午前8時30分～午後5時30分	

(2) 苦情処理体制



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

1) 浦安市役所 介護保険課

担 当 介護保険課

電話番号 047-351-1111

2) 国民健康保険団体連合会

担 当 国民健康保険団体連合会

電話番号 043-254-7428

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等が合った場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅会議支援事業所、地域包括支援センター、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

緊急連絡先			
緊急連絡先 氏名		続柄	
住所		電話	
身元引受人		続柄	
住所		電話	
主治医			
病院名（科）			
氏名			
住所			
電話			

9. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの町村、ご家族、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は日本興亜損保と損害賠償保険契約を結んでおります。

10. 秘密保持について

- (1) 当該事業の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得た御利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業の従事者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密をもらしません。
- (3) 事業者では、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文章による同意書を得た上で、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報を用います。

1 1. 非常災害対策

防火責任者を配し年2回以上の消火避難訓練を行い、非常時には計画に基づき迅速に対応する。

認知症対応型通所介護及び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。

契約締結日 令和 年 月 日

事業所

法人名	社会福祉法人 わとなーる
事業者名	デイサービスセンター わとなーる浦安
事業所番号	1293200117
住 所	千葉県浦安市富士見3丁目23番16号
管理者	中野渡 雄

説明者氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から認知症対応型通所介護及び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、本書面の説明内容について同意します。

利用者

< 住 所 > _____

< 氏 名 > _____ 印

保証人

< 住 所 > _____

< 氏 名 > _____ 印