

第二長上苑重要事項説明書

(認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)

当事業者が提供す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)の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 七恵会
主たる事務所の所在地	静岡県浜松市中央区中田町584番地
電話番号	(053) 411-0011
法人の種別及び名称	社会福祉法人 七恵会
代表者職	理事長
代表者氏名	増田公基

事業所の名称	第二長上苑デイサービスセンター
事業所の所在地	静岡県浜松市中央区中田町590番地
電話番号	(053) 411-0021
介護保険事業所番号	2277102865
指定年月日	平成17年10月1日
交通の便	浜松駅から遠州鉄道バス 中田東下車2分
通常の事業の実施地域	浜松市中央区(東区、中区、南区)

2 事業者の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制
管理者	施設長認定資格	1人	常 勤 1人
生活相談員	介護福祉士	2人以上	常 勤 2人
看護職員	正看護師	2人	常 勤 1人 非常勤 1人
機能訓練指導員	正看護師	2人	常 勤 1人 非常勤 1人
介護職員	介護福祉士 ヘルパー2級	3人以上	非常勤 3人

3 認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)施設の概要

定員	12人(1単位)
食堂及び機能訓練室	90.13 m ²
浴室	一般浴槽 個浴 3槽、3人浴槽 1槽 特殊浴槽 車椅子対応型 1槽

その他の設備	静養室	51.09㎡	ベッド6台
	昼コーナー	有	相談室 6.63㎡
	送迎車	5台	

4 サービスの提供時間

平日・土・祭日	営業時間	8:00～18:00
	サービス提供時間	9:10～16:15
営業をしない日	日曜日、1月1日～1月3日 ただし、台風などの自然災害の発生により送迎の安全を確保することが難しいとき、及び新型コロナウイルス感染症等の発生時は、臨時休業とする場合があります。	

5 認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)の運営の方針

利用者に対して、各種のサービスを提供することによって、生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的・精神的な負担の軽減を図る。

6 利用料金

(1) 認知症対応型通所介護

当事業者の通所介護の提供(介護保険適用部分)に際しあなたが負担する利用料金は、保険給付部分の自己負担割合に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本料金

	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
	要介護度1	771単位	790単位
		894単位	

	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
	要介護度2	854単位	876単位
		989単位	

	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
	要介護度3	936単位	960単位
		1,086単位	

	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
	要介護度4	1,016単位	1,042単位
		1,183単位	

	5 時間以上	6 時間以上	7 時間以上
	6 時間未満	7 時間未満	8 時間未満
要介護度 5	1,099単位	1,127単位	1,278単位

- ・基本料金は、所定の単位に10.17円を乗じて得た額です。
- ・短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払は受けられません。
- ・利用されるごとに、介護職員処遇改善加算（Ⅱ）総単位数に17.4%を積算いたします
- ・その他利用された時に、
入浴加算（Ⅰ）：40単位/日、又は（Ⅱ）55単位/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ：27単位/日、個別機能訓練加算（Ⅱ）20単位/日
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）20単位/回、（Ⅱ）5単位/回
口腔機能向上加算（Ⅰ）：150単位/回を加算いたします。

（２）介護予防認知症対応型通所介護

当事業者の介護予防認知症対応型通所介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、保険給付部分の自己負担割合に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

介護予防認知症対応型通所介護 1（要支援 1）	769単位	※7時間以上9時間未満
介護予防認知症対応型通所介護 2（要支援 2）	859単位	※7時間以上9時間未満

- ・基本料金は、所定の単位に10.17円を乗じて得た額です。
- ・介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防認知症対応型共同生活介護又は介護予防特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払は受けられません。
- ・利用されるごとに、介護職員処遇改善加算（Ⅱ）総単位数に17.4%を積算いたします。
- ・その他利用された時に、入浴加算：日50単位、個別機能訓練上加算：日27単位、口腔機能向上加算：月150単位、延長利用された場合（8：00～18：00）：日50単位加算いたします。

（３）その他の費用

ア 食費	昼食 620円
イ おやつ代	希望によりおやつを提供する場合は1日当たり70円とする。
ウ 交通費	通常の送迎地域を超えて送迎する場合に要する交通費は、通常の事業の実施区域を超えた地点から1kmあたり30円の負担とする。
エ おむつ代	1枚あたり、パット30円、紙パンツM70円、L80円
オ 時間外料金	次の場合は、30分あたり500円を負担していただきます。 ①サービス提供時間を超えて利用するとき ②通所介護計画(介護予防通所介護計画)により予定されている時間を超えて利用するとき
カ その他	希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものにかかる費用及び、教養娯楽によって日常生活に必要なものを事業者が提供する場合にかかる費用は実費となります。

(4) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。

- ① 引き落とし先が J A 農協、郵便局、その他銀行の場合は、サービス月の翌月に請求して、翌々月の 13 日頃に引き落としいたします。
- ② 現金の場合は、翌月の 13 日頃に請求いたします。

(5) キャンセル料

あなたのご都合により当日の通所介護(介護予防通所介護)をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

ご利用日の前日午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の前日午後 5 時までにご連絡がなかった場合	食事・おやつ代 690 円

(6) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載(あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、被保険者証に記載されている市町村の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の 9 割)の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ア 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)の内容等についてご説明します。
- イ この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の管理者が認知症対応型通所介護計画(介護予防認知症対応型通所介護計画)を作成し、サービスの提供を開始します。
- ウ あなたが居宅サービス計画(介護予防サービス・支援計画表)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者(介護予防居宅支援事業者)にご相談ください。

(2) サービスの終了

- ア あなた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 7 日前までに文書で申し出てください。
- イ 当事業者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あります。この場合は、サービス終了日の 14 日前までに、文書によりあなたに通知します。
- ウ 自動終了
次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
 - ・あなたが介護保険施設に入所した場合
 - ・あなたの要介護度が非該当と認定された場合
 - ・あなたが亡くなったとき
- エ その他
事業所は、正当な理由なく、通所介護サービスの提供を拒否することはありません。ただし、以下の場合は、通所介護サービスを中止させていただくとともに、ただちに当該市町村に状況報告いたします。

- ①介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わない等により、要介護状態等の悪化をもたらす場合
- ②偽りその他の不正行為等によって保険給付を受け、または受けようとした場合
- ③下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合
- 暴力又は乱暴な言動、無理な要求
 - ・物を投げつける
 - ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
 - ・怒鳴る、奇声、大声を発する
 - ・対象範囲外のサービスの強要
 - セクシャルハラスメント
 - ・介護従事者の体を触る、手を握る
 - ・服を引っ張り抱きしめる
 - ・ヌード写真を見せる
 - ・性的な話し卑猥な言動をする など
 - 社会通念上の常識から逸脱した不当な要求
 - ・通常業務に支障を来たすような無理な要求
 - その他
 - ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
 - ・ストーカー行為 など

8 サービス利用に当たっての留意事項

- | | |
|---|--|
| ○ 体調の確認 | : 血圧、体温等看護師確認 |
| 1. 感染症等の予防のため、サービス利用の前にご利用者、ご家族の発熱・嘔吐・受診状況等の健康状態を確認いたします。 | |
| 2. 感染症等の予防のため介護職員等がマスク、手袋、予防衣等を着用して介護を行います。また、手洗いやうがい、消毒を行います。 | |
| 3. ご利用者等が感染症を発症している場合、サービスの利用をみあわせていただくことがあります。その場合は、担当介護支援専門員等と連携を図り、代替サービスの調整等を依頼します。 | |
| 4. 感染症が発症し、又はまん延しないように、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。 | |
| ○ 提供時間の変更 | : 事前に相談 |
| ○ 提供時間の延長 | : 必要に応じて相談 |
| ○ 設備、器具の利用 | : 本来の用法に反しての使用により破損等生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| ○ その他 | |

9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用日：毎週	曜日
---------	----

- サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすく説明し、サービスは懇切丁寧にを行います。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払います。

1 0 守秘義務

当センターは利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いの為にガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

2. 当センターでは、利用者に対する通所介護サービスの提供に関する書類等を整備し、契約終了の日から2年間保管します。契約者本人またはその代理人の方は、これらの記録を当センター営業時間内に閲覧、または複写を求めることができます。

1 1 虐待防止

当センターでは利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、センター長を虐待防止に関する責任者とし、必要な職員研修を実施するとともに、地域包括支援センター等との連携を図ります。

1 2 緊急時の対応方法

認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	氏 名 連絡先	
緊急連絡先	氏 名 連絡先	

1 3 非常災害対策

非常時の対応	併設の「第二長上苑 消防計画」にて対応
近隣との協力関係	地元自治会との連携に努める。
平常時の防災訓練等	毎月避難・防災訓練等の実施。
防災設備	スプリンクラー・避難階段・自動火災報知器・誘導灯 ガス漏れ報知器・防火扉・屋内消火栓・非常通報装置 非常用電源・非常用放送設備
※消防計画	消防署への届出：令和2年10月1日 防火管理者：益田八千代

1 4 苦情処理

あなたは、当事業者の認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより何らの差別待遇も受けません。

苦情相談窓口 担当 武蔵島詩織 佐藤恵子
電話番号(053)411-0021 ※デイ直通

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

市町村	担当窓口	中央福祉事業所 長寿支援課 東行政センター内
	電話番号	(053) 424-0184
県	担当窓口	静岡県福祉サービス運営適正化委員会
	電話番号	(054) 653-0840
国民健康保険団体連合会	担当窓口	国保連静岡県事業部介護保険課
	電話番号	(054) 253-5590

1.5 第三者評価の実施状況

実施年月日	年 月 日
実施期間	
実施結果開示状況	

日用品費にかかるご意思確認

(日用品費負担同意書)

第二長上苑認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）利用に際し、必要となる生活日用品、教養娯楽用品について、これらの物品をご持参いただくか、それとも当センターが用意する標準品を使用し、かかる費用分をご負担いただくか、ご意思を次により確認いたします。

記

バスタオル	1枚30円	おしぼりタオル	1枚20円
浴用タオル	1枚30円	教養娯楽用品	実費

※教養娯楽用品・・・ご本人が選択された趣味活動にかかる費用

1. 生活日用品、教養娯楽用品をすべて持参します。
2. 当センターが用意するものを使用し、使用した料金を負担します。

おやつ代にかかるご意思確認

(おやつ代負担同意書)

第二長上苑認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）利用に際し、おやつについて、おやつは希望しないか、それとも苑が用意するおやつを召し上がり、その費用1日あたり70円をご負担いただくか、ご意思を次により確認いたします。

1. おやつは希望しません。
2. 当センターが用意したおやつを食し、1日あたり70円を負担します。

写真掲載に係るご意志確認

(個人情報の使用同意書)

第二長上苑認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）利用中に撮影した写真（活動風景など）について、広報として外部への発信に使用させていただきたいと考えております。

つきましては、次に記載するところへの掲載に同意いただけるか、ご意志を確認させていただきます。

1. 当苑ホームページへの写真掲載
2. 当苑機関紙等への写真掲載

☐ 広報目的で使用することに同意します

☐ 同意しません

認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）契約における個人情報使用同意

私およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画(介護予防サービス・支援計画表)に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者意外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3 個人情報の内容（例示）

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)事業を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人および家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。

4 使用する期間

令和 年 月 日 ～ 契約終了日まで

私は、本書面に基ついて第二長上苑の 職名 氏名 から上記重要事項の説明を受けたことを確認し同意致します。

令和 年 月 日

利 用 者 印

住所

氏名 印

利 用 者 の 家 族 等 印

住所

氏名 印

続柄

当施設は、 様に対する認知症対応型通所介護サービス提供にあたり、上記のとおり重要事項について説明いたしました。

令和 年 月 日

(事業所) 所在地 静岡県浜松市中央区中田町590番地
名 称 社会福祉法人 七恵会 第二長上苑 印

説明者 印