

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護重要事項説明書

<令和3年4月1日現在>

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：0422-43-8122（午前9時～午後5時）

担当職員： 管理者・生活相談員 *ご不明な点は何でもお尋ね下さい。

2. 「弘済ケアセンター」の概要

(1) 事業所の指定番号及び送迎実施地域

事業所名：弘済ケアセンター

所在地：東京都 三鷹市 下連雀 5-2-5

介護保険事業者番号：東京都 No.1373600186号

送迎を実施する地域：三鷹市内東部地域（下連雀、井の頭、牟礼、新川、中原、北野）

(2) 従事者の体制

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者		1	0	1	事業所の従事者及び業務の管理
生活相談員	社会福祉士・介護福祉士等	4	0	4	センターの利用申し込みに係る調整、他の従事者に対する相談助言及び技術指導、通所介護計画の作成等
介護職員	介護福祉士等	4	6	10	利用者の心身状況の把握、センターでの日常介護等
看護職員	看護師	0	2	2	利用者の心身状況の把握、健康管理等
機能訓練指導員	作業療法士・理学療法士等	1	2	3	心身機能の維持・向上のための訓練指導・助言等
調理員	栄養士等	1	3	4	センター利用者の昼食の調理
事務員		0	1	1	従事者の補助的業務及び必要な事務等

(3) センターの設備等

定員：12人/日

講習室…1 (53.4 m²)、静養室…1 (27.54 m²)、相談室…1 (12.96 m²)、

送迎車輛（委託）…リフト付ワゴン車3台

(4) 営業時間

月～土曜日…午前9時～午後5時 休館日…日曜日・祝祭日、年末年始（12/29～1/3）

3. 提供するサービスの内容

(1) 身体の介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。

ア. 排泄の介助

イ. 移動、移乗の介助

ウ. その他必要な身体の介護

(2) 食事に関すること

給食を希望する利用者に対して、必要な食事サービスを提供します。

ア. 食事の準備、配膳下膳の介助

イ. 食事摂取の介助

ウ. その他必要な食事の介助

(3) 機能訓練に関すること

体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本動作を獲得するための訓練を行います。

(4) アクティビティ・サービスに関すること

利用者が、自分らしく、生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、下記のアクティビティ・サービスを実施します。これらの活動を通じて、利用者自身の仲間づくり、

老いや障害の受容、体力作りや心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒の安定を図ります。また、予防、利用者の自立支援を目的に、体力や機能の低下を防ぐため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ための訓練を行います。さらに、利用者を安全にお世話することにより、家族の介護負担の軽減を図ります。

- ア. レクリエーション イ. 音楽活動 ウ. 製作活動
エ. 行事的活動 オ. 体操 カ. 休養（養護）

(5) 送迎に関すること

送迎を必要とする利用者について、送迎サービスを提供します。送迎車両の運行は専門事業者に委託し、通所介護従事者が添乗し必要な介助を行います。

- ア. 移動、移乗動作の介助 イ. 送迎

(6) 相談、助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行いません。

- ア. 疾病や障害に関する理解を深めるための相談、助言
イ. 日常生活動作や具体的な介護方法に関する相談、助言
ウ. 自助具や福祉機器、居住環境の整備に関する相談、助言
エ. その他在宅生活全般にわたる必要な相談、助言

4. 料金

認知症対応型通所介護利用料(介護保険適用部分、介護予防を含む)						
基本 利用 料		3～4 時間	4～5 時間	5～6 時間	6～7 時間	7～8 時間
	要支援 1	554 円/回	579 円/回	846 円/回	867 円/回	975 円/回
	要支援 2	611 円/回	638 円/回	939 円/回	962 円/回	1,087 円/回
	要介護 1	630 円/回	660 円/回	973 円/回	996 円/回	1,123 円/回
	要介護 2	690 円/回	722 円/回	1,075 円/回	1,102 円/回	1,240 円/回
	要介護 3	750 円/回	786 円/回	1,175 円/回	1,205 円/回	1,360 円/回
	要介護 4	812 円/回	848 円/回	1,274 円/回	1,305 円/回	1,479 円/回
	要介護 5	872 円/回	911 円/回	1,376 円/回	1,410 円/回	1,596 円/回
加算	個別機能訓練加算(Ⅰ)			34 円/回		
	個別機能訓練加算(Ⅱ)			25 円/回		
	科学的介護推進体制加算			49 円/月		

*上記の額は、利用1回当りの介護報酬告示上の認知症対応型通所介護の単位に、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)22単位を加え、1単位10.83円の地域単価を乗じ、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の10.4%と介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)の3.1%を加算した額の、利用者にご負担いただく1割相当の額です。実際にご負担いただく額は、介護保険負担割合証に応じた割合になります。

*個別機能訓練加算(Ⅰ)は、通所介護計画に位置付けられており且つ、実際に実施した場合に算定します。

*個別機能訓練加算Ⅱ(20単位)は、個別機能訓練加算Ⅰを算定している利用者について、厚生労働省のデータベースに訓練内容等の情報を提出し、フィードバックを受け、必要な情報を活用した月に算定します。

*科学的介護推進体制加算(40単位)は、利用者の心身状況に係る基本的な情報を厚生労働省のデータベースに提出した月に算定します。

●新型コロナウイルスへの対応目的の加算

上記とは別に期間限定の措置として、4月から9月までの6月間、「新型コロナウイルスへの対応」として0.1%加算されます。

○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月あたりの料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、三鷹市健康福祉部高齢者支援課の窓口提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

「実費負担」：介護保険適用部分以外の実費をご負担いただくのは以下のとおりです。

食事代	700 円/食
行事等特別な食事代	実費
オムツ・パッド代	実費
活動材料費	実費

「キャンセル規定」：利用者のご都合でサービスを中止する場合も、キャンセル料はかかりませんが、下記のとおり、食事代の実費をご負担いただく場合があります。

① 利用当日の午前 10 時までにご利用中止のご連絡をいただいた場合	無料
② 利用当日の午前 10 時までにご利用中止のご連絡をいただけなかった場合	食事代 700 円

「利用料等の支払方法」

利用の翌月 1 5 日までに前月分の請求書を送付し、利用の翌月末日までに振り込んでいただく方法か、あらかじめ指定していただいた金融機関の口座から、利用の翌月 2 6 日に、自動的に振替える方法によりお支払いいただきます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

ご担当の居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターに、通所サービスの利用についてご相談下さい。利用者ご本人、ご家族に來所していただき、サービス内容をご説明し、活動の様子を見学していただきます。サービス提供の依頼を受けた後、契約を結び、居宅サービス計画又は介護予防支援計画に沿った内容で、サービス担当者会議の内容を踏まえた通所介護計画又は介護予防通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

* 居宅サービス計画又は介護予防支援サービスの作成を依頼していない場合は、事前にお申し出ください。

(2) サービスの終了

- ① ご利用者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 週間前までに文書によりお申し出下さい。
- 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は、終了の 1 ヶ月前までに文書で通知いたします。
- ③ 自動終了
ご利用者が亡くなった場合、介護保険施設等に入所した場合、要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合は、双方の文書がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。
- 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、ご利用者やご家族に対して、社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当センターが倒産した場合、ご利用者は文書で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。
 - ・ ご利用者がサービス利用料金の支払いを 1 ヶ月以上遅延し、催促をしたにもかかわらず 10 日以内に支払わない場合、またはご利用者やご家族が当センターやその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なった場合は、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あります。

6. 当センターの運営方針

当センターの従事者は、要介護状態等の心身の特性を踏まえて、その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て、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の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、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います。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ます。

7. 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、事前の打合せにより、かかりつけ医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者等に連絡します。

8. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者のご家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者等に連絡すると同時に、必要な措置を講じます
- (2) サービス提供により、賠償すべき事故が生じた場合には、速やかに損害賠償を行います。

9. サービスの内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情担当窓口

当センターのサービスに関するご相談・苦情は、管理者又は下記窓口までお申し出ください。

担当窓口：弘済ケアセンター

責任者：第二課課長

電話：0422-43-8122

(2) その他

当事業所以外に、下記の苦情窓口に相談することができます。

三鷹市 健康福祉部 介護保険課 事業者指導係 電話：0422-45-1151

東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 電話：03-6238-0177

10. 東京都「福祉サービス第三者評価」の受審について

当センターでは、東京都「福祉サービス第三者評価」につきまして、現在までのところ受審はできておりません。今後計画的に受審していく予定です。

11. 個人情報の取り扱いについて（秘密保持）

- (1) 利用者ご本人及びご家族に関する個人情報の収集は、その利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集します。
- (2) 利用者ご本人及びご家族に関する個人情報の使用は、同意を得た利用目的の達成に必要な範囲内において適正に使用します。
- (3) 同意または依頼のない限り、利用者ご本人及びご家族に関する個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意・依頼の下で、個人情報の提供・預託を行う場合においても、提供・預託先が適正に管理するよう監督いたします。

《個人情報を利用させていただく範囲》

- ① 弘済ケアセンターによる適切な通所介護サービスの提供のため
- ② 提供したサービスに関する請求業務などの介護保険事務のため
- ③ サービス提供にかかる利用開始・終了手続きなどの管理運營業務のため
- ④ 居宅サービスの適切な提供のための、他の居宅サービス事業者との連携（サービス担当者会議など）、照会への回答のため
- ⑤ 緊急を要する場合の、医師や救急隊への連絡のため
- ⑥ ご家族に対するご本人の心身の状況や利用状況に関する報告のため
- ⑦ 当事業所のサービスの、維持・改善に資する基礎資料（アンケート等）の作成のため
- ⑧ 当事業所で行われる職員研修における事例検討のため
- ⑨ 当事業所で行われる学生等の実習教育のため
- ⑩ 審査支払い機関（国保連）や保険者からの照会など、法令上応じることが義務付けられている事項のため
- ⑪ 外部監査機関・サービス評価機関への情報提供のため
- ⑫ 損害賠償保険・傷害保険等に係る保険会社等への相談・届出のため
- ⑬ 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、その利用目的に沿う範囲

《利用者ご本人の映像・写真について》

利用者ご本人の映像や写真を、当センターの

- ホームページ
- パンフレット
- 広報誌
- センター内掲示物 に使用することを同意します。(同意するものにチェック)

11. 当事業所の概要

名称・法人の種別 社会福祉法人 東京弘済園
代表者役職・氏名 理事長 羽井佐利彦
本部所在地 東京都 三鷹市 下連雀 5-2-5 0422-43-3319
法人の事業

1. 養護老人ホーム「弘寿園」
2. 指定介護老人福祉施設「弘済園」
3. 指定短期入所生活介護施設「弘済園」
4. 指定通所介護・認知症対応型通所介護施設「弘済ケアセンター」
5. 指定通所介護・認知症対応型通所介護施設「三鷹市高齢者センターけやき苑」
6. 指定居宅介護支援事業所「弘済ケアセンター指定居宅介護支援事業所」
7. 指定居宅介護支援事業所「けやき苑指定居宅介護支援事業所」
8. 地域包括支援センター「三鷹市東部地域包括支援センター」
9. 地域包括支援センター「三鷹市西部地域包括支援センター」
10. ケアハウス「弘陽園」
11. 保育園「弘済保育所（おひさま保育園）」

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護事業についての重要事項の説明を受けました。また、個人情報の取り扱いに関しても、十分理解のうえ同意します。

令和 年 月 日

利用者

住 所 三鷹市.....

氏 名

家族の代表

住 所

氏 名

(利用者との続柄：.....)

家族以外の代理人

住 所

氏 名