

介護予防認知症対応型通所介護重要事項説明書

1 介護予防認知症対応型通所介護事業者(法人)の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	有限会社マイルドケア
代 表 者 名	代表取締役 軒 原 正 浩
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所)香川県東かがわ市湊 263-1 (電話)0879-26-3385 (FAX)0879-26-3386

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	グループホームたんぽぽの家Ⅱ
所在地・連絡先	(住所)香川県東かがわ市湊 319-1 (電話)0879-49-1500 (FAX)0879-49-1501
事 業 所 番 号	3790700086
管理者の氏名	鈴木 慎一
利 用 定 員	3 名

(2) 事業所の職員体制

管 理 者	常勤 1 名(兼務)
看護従業者・介護従事者	常勤換算法で 4 名以上 (認知症対応型共同生活介護職員を含む)

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	東かがわ市 (五名・福栄・引田全域を除く)※
---------	---------------------------

※() 内の地域は「中山間地域等提供加算」の対象となります

(4) 営業日

営 業 日	サービス提供時間
月曜日～日曜日	午前 9 時～午後 5 時

3 介護保険の給付対象となるサービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 12 : 00～13 : 00 ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・食事サービスの利用は任意です。
入 浴	・歩行困難な方は、機械浴の特殊浴室がご利用可能です。 ・入浴サービスの利用は任意です。

排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	・機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
生 活 指 導	・利用者の生活面での指導・援助を行います。 ・各種レクリエーションを実施します。
健 康 チェ ッ ク	・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 ・口腔機能を改善するための適切な援助を行います。
送 迎	・ご自宅から事業所までの送迎を行います。 ・送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用により、介護予防認知症対応型通所介護を提供した場合の利用料の額は、下記の料金表により、各利用者の要介護度及び負担割合に応じた金額支払う

【料金表】

◎ 自己負担額 1 割

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 248 円	要支援 2 262 円
----------------	----------------

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 260 円	要支援 2 274 円
----------------	----------------

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 413 円	要支援 2 436 円
----------------	----------------

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 424 円	要支援 2 447 円
----------------	----------------

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 484 円	要支援 2 513 円
----------------	----------------

○所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 500 円	要支援 2 529 円
----------------	----------------

◎ 自己負担額 2 割

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 496 円	要支援 2 524 円
----------------	----------------

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 520 円	要支援 2 548 円
----------------	----------------

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 826 円	要支援 2 872 円
----------------	----------------

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 848 円	要支援 2 894 円
----------------	----------------

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 968 円	要支援 2 1,026 円
----------------	------------------

○所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 1,000 円	要支援 2 1,058 円
------------------	------------------

◎ 自己負担額 3 割

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 744 円	要支援 2 786 円
----------------	----------------

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 780 円	要支援 2 822 円
----------------	----------------

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 1,239 円	要支援 2 1,308 円
------------------	------------------

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 1,272 円	要支援 2 1,341 円
------------------	------------------

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 1,452 円	要支援 2 1,539 円
------------------	------------------

○所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合(1 日につき)

要支援 1 1,500 円	要支援 2 1,587 円
------------------	------------------

○加算

項 目	自己負担額 1 割	自己負担額 2 割	自己負担額 3 割
時間延長 9 時間以上 10 時間未満	50 円	100 円	150 円
時間延長 10 時間以上 11 時間未満	100 円	200 円	300 円
時間延長 11 時間以上 12 時間未満	150 円	300 円	450 円
時間延長 12 時間以上 13 時間未満	200 円	400 円	600 円
2 時間以上 3 時間未満	「4 時間以上 5 時間未満」の金額×70%		
入浴介助加算 I (1 日につき)	40 円	80 円	120 円

入浴介助加算Ⅱ(1日につき)	55 円	110 円	165 円
生活機能向上連携加算Ⅰ (3月に1回まで、1月につき)	100 円	200 円	300 円
生活機能向上連携加算Ⅱ (3月に1回まで、1月につき)	200 円	400 円	600 円
個別機能訓練加算(1日につき)	27 円	54 円	81 円
若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	60 円	120 円	180 円
栄養改善加算(1回につき) (3月以内、月2回を限度)	200 円	400 円	600 円
栄養アセスメント加算(1月につき)	50 円	100 円	150 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ (6月に1回まで、1回につき)	20 円	40 円	60 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ (6月に1回まで、1回につき)	5 円	10 円	15 円
口腔機能向上加算 (3月以内、1月に2回まで、1回につき)	150 円	300 円	450 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ(1回につき)	22 円	44 円	66 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ(1回につき)	18 円	36 円	54 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ(1回につき)	6 円	12 円	18 円
科学的介護推進体制加算(1月につき)	40 円	80 円	120 円
認知症通所介護送迎減算(片道につき)	－47 円	－94 円	－141 円
中山間地域等提供加算	所定単位数の 5%		

業務継続計画未実施減算	所定単位数の 1.0%(減算)
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の 1.0%(減算)
身体拘束廃止未実施減算	所定単位数の 1.0%(減算)

●介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	Ⅰイ	所定単位数の 21.6%
	Ⅰロ	所定単位数の 23.6%
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	Ⅱイ	所定単位数の 20.9%
	Ⅱロ	所定単位数の 22.9%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の 18.5%	
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の 15.7%	

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用

料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。

4 介護保険給付対象とならないサービス

○ 食費

食事サービスを受ける方は、食材費および調理費として、1回の利用につき 600 円。

○ 教養娯楽費

レクリエーションに必要な工作品材料等 実費。

○ 事業の実施地域外の送迎費

一 通常の事業実施地域を越えた地点から、片道 5 キロメートル未満 500 円

二 通常の事業実施地域を越えた地点から、片道 5 キロメートル以上 1,000 円

○ その他の費用

介護予防認知症対応型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

○利用の中止、変更、追加

*利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防認知症対応型通所介護サービスの利用を中止・変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの前日までに事業者に出して下さい。

*お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

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
利用日の前日午後 5 時までにご連絡いただかない場合	当日の利用料の 10%(自己負担相当額) 昼食費 600 円

5 利用料等のお支払方法

毎月 10 日までに前月分の請求をいたしますので、受付窓口で現金払いをして頂くか若しくは利用者口座から毎月 15 日または 20 日(金融機関休業日はその翌日)に自動引落しさせていただきます。

6 事業所の特色等

(1) 運営方針

本事業所が実施する事業は、認知症を伴い要介護状態となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り住み慣れた地域での居宅において、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の解消及び心身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う。

(2) サービス利用のために

事 項	内 容
男性介護職員の有無	有
従 業 員 研 修	資質の向上のため随時実施しています。
時 間 延 長 の 可 否	可

7 秘密保持について

当事業所の介護予防認知症対応型通所介護従業者は、業務上知り得たお客様またはその家族の秘密を保持するとともに、介護予防認知症対応型通所介護従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を介護予防認知症対応型通所介護従業者との雇用契約の内容としています。

8 苦情処理の体制について

お客様からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当職員を置き解決に向けて調査を実施するとともに改善の措置を講じ、お客様及びご家族に説明を致します。

＜サービス内容に関する苦情等相談窓口＞

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 大森 美穂 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話(26-3385) 苦情箱(事務所に設置)
東かがわ市介護保険担当	窓口担当 東かがわ市湊 1847 番地 1 ご利用時間 8:30～17:15 ご利用方法 電話(26-1360) 面談
香川県国民健康保険団体連合会	窓口担当 高松市福岡町 2 丁目 3-2 ご利用時間 8:30～17:00 ご利用方法 電話(087-822-7453) 面談

9 事故発生時の対応

お客様に対するサービスの提供において、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、直ちに市町村、お客様の家族、居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに、速やかに損害賠償を行います。

10 個人情報に関する基本方針

- ・当事業所は、利用者及びご家族の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。
- ・当事業所が保有する利用者及びご家族の個人情報に関し、適正かつ適切な取り扱いに努めます。
- ・個人情報に関連する法令及び厚生労働省の「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ためのガイドライン」を遵守し、地域の方々から広く信頼をいただけるように、個人情報の保護に努めます。

(1) 個人情報の適切な取得、管理、利用(第三者提供含む)、開示及び委託

- ① 個人情報を取得する際には、利用目的を説明し、その範囲内で公正かつ適切な方法で取得・利用します。
- ② 個人情報の取得・利用・第三者提供にあたり、利用者又はその代理人の同意をいただきます。
- ③ 当事業所が委託及び連携をする際には個人情報保護法と、厚生労働省ガイドラインを遵守する事業所を選定します。委託にあたり個人情報に係る契約を交わし、委託先に対して適切な監督をします。また、連携先に対しても相応の対応を行うように努めます。

(2) 個人情報の安全性確保の措置

- ① 個人情報の取扱いを職員等に周知徹底するために、個人情報取扱いに関する規程類を整備し、必要な研修を行ないます。
- ② 個人情報の不適切な閲覧、漏えい、紛失、改ざん、破壊等の予防及び安全対策のため、当事業所において規程類を整備し、安全対策に努めます。

(3) 個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等への対応

当事業所はご利用者及びご家族の個人情報について開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等の申し出が有る場合には速やかに対応します。

(4) 相談及び苦情への対応

当事業者は、個人情報の取扱いに関する相談及び苦情に対し、個人情報相談窓口にて適切かつ迅速な対応に努めます。

11 虐待の防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止等のため次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

※研修を通じて、従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。

※高齢者虐待のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。

※よりきめ細かいケアプランの作成など、適切な介護サービスの提供に努めます。

※虐待防止措置を適正に実施するため、責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施設長 大森 美穂
-------------	-----------

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)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、これを市に通報します。

12 身体拘束について

当事業所では、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。また、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催します。

※直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

※身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

※利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

13 業務継続計画について

新型感染症や大地震などの予期せぬ災害が発生した場合でも業務を中断せず、継続してサービスを提供できるように、次の業務継続計画を策定します。

※非常災害に関する具体的計画の策定を行います。

※感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

14 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病 院 名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急時連絡先(家族等)	氏名(続柄)	()
	住 所	
	電 話 番 号	

15 非常災害時の対策

非常時の対応	地域の方々と連携をとり実施していきます。	
避難訓練及び防災設備	消防計画に則り年 2 回避難訓練を行います。	
	設備名称	個数等
	非常階段	2 箇所
	自動火災報知機	あり
	誘導灯等	あり
	消火器	4 本
	カーテンは防災性能のあるものを使用しています。	

16 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 施設内は禁煙とさせていただきます。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

本書を式通作成し、利用者、説明者は下記押印の上、利用者及び事業所が各壱通を保有します。

令和 年 月 日

指定介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

グループホームたんぽぽの家Ⅱ

説明者署名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明を受け、指定介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

利用者氏名

印

家族氏名

印

署名者氏名

印