（介護予防）認知症対応型通所介護重要事項説明書

《　令和８年　８月　１日　現在》

１　当センターが提供するサービスについての相談窓口

ﾐﾅﾛｳｺﾞｲｲﾜ

電話　027－343－5500　ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ　0120－376518

担当　深澤　亮太

＊　ご不明な点は、遠慮なくお尋ねください。

２　当センターの概要

（１）提供できるサービスの種類と地域

名称	もてき介護福祉センター
所在地	群馬県高崎市上小塙町５６５番地１
介護保険指定番号	１０９０２００４６８
ｻｰﾋﾞｽを提供する対象地域	高崎市（旧吉井町、旧新町を除く）
第三者評価の実施状況	無

＊　上記の地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（２）職員体制

職　　種	
管　理　者	１　名
生活相談員	２名以上
機能訓練指導員	１名以上
介護職員及び看護職員	各単位に２名以上

（３）設備概要

定員	12 名（1 単位 12 名）	静養室	１室
食堂機能訓練室	面積　85.15 ㎡	相談室	１室
浴室	一般浴槽、特殊浴槽（個浴）	送迎車	２台

（４）営業日時

時間	８:００～１８：００
休日	日曜、１月１日～１月３日まで

＊　緊急連絡先　０２７－３４３－５５００

３　サービス内容

① 送迎　　：ご自宅まで送迎いたします。送迎時間に関しては前日までに担当からご連絡いたします。

② 食事　　：栄養バランスを考慮し、お粥やきざみ食など、利用者の方のご要望に添うようご用意いたします。

③ 入浴　　：身体機能にあわせ一般浴、特殊浴（個浴）が利用できます。

④　機能訓練：機能訓練指導員によるプログラムにより訓練を行ないます。

⑤　生活相談：相談員により日常生活におけるご相談を承ります。

⑥　行事：その時期に合わせた行事を行ないます。

４　　料金

当事業所のある高崎市は地域区分６級地のため１単位に１０．３３円を乗じ、介護負担割合証に基づいた負担割合額が利用者様負担になります。小数点以下端数処理のため、加算の有無やサービスの回数、他サービスの利用により利用者様負担に変動がございます。予めご了承ください。また、各利用料の単位数は介護職員処遇改善加算の計算の基礎になります。

（１）利用料金　※介護保険適応時

別紙　（介護予防）認知症対応型通所介護料金表参照

（２）キャンセル料

食事、または「おやつのみ」を召し上がる場合、下記の時間までにご連絡を頂いた場合にはキャンセル料は発生しません。

各時間までにご連絡を頂かなかった場合には、(３)①に掲げる料金をお支払い頂きます。

・朝食　　前日の１８：００
・昼食　　９：００
・夕食　　１５：００
・おやつ　　１２：００

（３）介護保険対象外負担額

①　食事代　朝食　４６０円　　昼食　６６０円　　夕食後　６２０円

・　おやつのみの方は７０円をお支払いただきます。

②　規定する実施地域以外の交通費

・　規定する通常の事業の実施地域を超えて行う送迎の費用は次のとおりです。

事業所の実施地域を超えてからの距離	金　　額
片道 10ｋｍ未満	1,000 円/日
片道 10ｋｍ以上 20ｋｍ未満	2,000 円/日
片道 20ｋｍ以上	2,500 円/日

③　その他

・当事業所が提供する紙パンツ・紙オムツ・尿取りパットを使用した場合、紙パンツ・紙オムツ１枚につき１２０円、尿取りパッド１枚につき６０円をお支払いいただきます。

（４）支払方法

ゆうちょ銀行の口座からの引き落としになります。名義はご本人以外の方でも可能です。引き落とし日はサービス利用月の翌月、２０日（再引き落としの場合は３０日）になります。

事前（１５日前後）に請求書をお渡しいたしますので、引き落とし前に残高の確認をお願

いいたします。
また、残高不足等により引き落としが出来なかった場合、1 回につき 10 円（ゆうちょ引き落し手数料）を翌月の利用料に合算し請求させていただきます。

5　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

電話または、ご来所いただいてお申し込みください。必要に応じて担当職員がお伺いいたします。認知症対応型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いたします。

＊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にご相談ください。

（2）サービスの終了

①　利用者様のご都合でサービスを終了される場合。
サービスの終了を希望する日の１週間前までに、文書または電話にてお申し出下さい。

②　当事業所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
以下の場合は、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。

・ 利用者様が入所した場合。
・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分及び要支援認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
・ 利用者様がお亡くなりになった場合。

④　その他

1）認知症対応型通所介護が

・ 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。
・ 利用者様、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。
・ 当法人が破産した場合。

上記の場合利用者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。

2）利用者様やご家族様などが

・ サービス利用料金の支払を１ヶ月以上遅延し、当法人の料金支払いの催告後１０日以内にお支払されない場合。
・ 利用者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。
・ 利用者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。
・ 当通所介護やそ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。

上記の場合、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あります。

6　当認知症対応型通所介護の特徴等

（1）運営の方針

要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう支援することを目的とし、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者様の心身機能の維持並びに利用者様、ご家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図るものとする。また、地域住民との交流や地域活動への参加を図りながら、利用者様の社会的孤立感の解消に努めるものとする。

（2）サービスをご利用いただくために

①利用者様の看護・介護処遇に関しては看護者・相談員・介護者により個々に適した計画を立てます。
②機能訓練プログラムは、機能訓練指導員により個々に適した計画を立てます。
③お食事は、ご希望により「おかゆ」や「きざみ食」にすることも可能です。
④1 ヶ月に 1 回会議を行い、利用者の方への対応、計画等の見直しを行います。
⑤ご家族との連絡をとる手段として連絡ノートを用意いたします。ご心配事、病気のこと等どのようなことでも記入してください。直接お電話いただくか、送迎担当者にお伝えいただいても結構です。責任者に報告し、適切な対応をさせていただきます。

（3）サービス利用に当たっての留意事項

①貴重品、金銭の紛失等におきましては責任を負いかねますので、持参しないようお願いいたします。やむをえない場合におきましては、直接担当者にご説明いただきお渡しください。帰宅時まで保管いたします。
②病気により食物の制限のある方もいらっしゃいますので、副食等の持ち込みはご遠慮ください。
③持ち物には、それぞれ「名前」の記入をお願いいたします。
④送迎時間は天候や道路状況により異なりますのでご了承ください。
⑤併設診療所での診察ご希望の方は医療保険被保険者証、健康手帳の提示をお願いたします。
⑥介護保険被保険者証（サービス開始時、介護認定更新時、介護認定変更時）の提示をお願いいたします。

7　緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、併設診療所の医師の指示のもとに処置し対応いたします。また速やかにご家族に連絡いたします。

８　事故発生時の対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合、速やかに対応し事故の状況等確認のうえ、利用者様、ご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者等に説明を行い、管轄の保健福祉事務所および介護保険の保険者へ報告いたします。その後、原因の究明を徹底し、再発防止に努めます。

また事業所の責めに帰すべき事由により利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者様に対してその損害を賠償いたします。

ただし、事業所の責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

９　高齢者虐待防止の推進

高齢者への虐待防止を推進するため、虐待の発生や再発を防ぐための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当職員の設置、虐待事案への対応措置等、体制の整備を行っております。

サービスの提供中に、従業者又は養護者（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市町村に通報致します。

１０　身体拘束等の適正化の推進

入所者の意思及び人格を尊重し、やむを得ない場合以外、原則として入所者に対して身体拘束は行いません。

やむを得ず身体拘束を行う場合はその対応及び時間、利用者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

身体拘束等の適正化を図る観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当職員の設置等、体制の整備を行っております。

１１　ハラスメント対策

男女雇用機会均等法などで定められている「ハラスメント対策に関する事業者の責務」を踏まえた上で介護を行う職員へのハラスメント対策を行っております。利用者様、ご家族様のご協力をお願いする場合がございます。その際は何卒ご理解頂きます様お願い申し上げます。

１２　認知症に係る取り組み

職員の認知症対応力を向上させていくため、定期的な研修の義務付けや参加促進を行い、技術・知識の向上を図ります。

１３　非常災害対策

感染症や、災害が発生した場合でも非常時の業務継続に向けた計画の策定や、各対策委員会の設置、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施を行い、利用者様に必要な介護サービスを継続的に提供できるよう体制を整えています。

・災害時の対応　職員により速やかに安全な場所へ避難し、利用者様の人数、負傷状態を確認し適切な対応をいたします。

・防火設備　火災探知機により出火場所を感知し、消防署へ自動で連絡するシステムとなっております。

・防火訓練　年２回行っております。
地域住民の方にも参加を呼びかけ、地域の皆様との連携を図ります。

・防火管理者　野口　将史

１４　苦情の受付・虐待の相談について

（１）苦情・虐待相談の受付

当事業所に対する苦情や虐待のご相談は以下の専用窓口でお受けいたします。

〇苦情受付窓口（担当者）　（ﾐﾅﾛｳｺﾞｲｰﾜ）

深澤　亮太（フカサワ　リョウタ）　ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ　0120-376518

〇受付時間　毎週月曜日～土曜日

９：００～１８：００

（２）行政機関その他苦情受付機関

高崎市介護保険担当課 所在地　高崎市高松町 35-1	受付時間　８：３０～１７：１５ 電話番号　０２７－３２１－１１１１
群馬県国民健康保険団体連合会 所在地　前橋市元総社町 335-8	受付時間　９：００～１７：００ 電話番号　０２７－２９０－１３２３

１５　個人情報の使用について

利用者様の居宅サービス計画に沿って円滑に介護サービスを提供させて頂くために実施されるサービス担当者会議、当事業所と居宅介護支援事業所並びに主治医との連絡調整等において必要な場合には、利用者様及びご家族様の個人情報を最小限の範囲で使用させていただきます。

①氏名・住所・健康状態・病歴・家族状況等の情報
②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）
③利用者様本人またはご家族に同意を得たもの

ただし、必要な情報が得られない場合は、適切なサービスが提供できない可能性が生じます。

また、下記の場合を除き、ご提供いただいた個人情報を第三者には提供いたしません。

① 法令に基づき司法機関・行政機関から法的義務を伴う要請を受けた場合
② 介護計画上、必要な医療機関からの要請を受けた場合
③ 保険請求のため、保険者にレセプト情報を提供する場合
④ 利用者様からの同意を得て指定機関・組織等に提供する場合

利用者様ご本人よりサービス提供記録などの情報開示を求められた場合は、適宜対応いたします。

※事業所の機関誌やホームページ等を作成する場合に、写真等の掲載をさせていただくことがあります。掲載を希望されない場合にはお申し出ください。

当施設の概要

名称	医療法人社団　水火会	
代表者役職・氏名	理事長　　茂木　元喜	
所在地・電話番号	高崎市上小塙町567番地　027－343－7788	
定款の目的に定めた事業	診療所、介護保険サービス事業	
施設・拠点等　医療法人社団　水火会　もてき脳神経外科		
	通所リハビリテーション	1ヶ所
	訪問看護	1ヶ所
	訪問リハビリテーション	1ヶ所
	居宅療養管理指導	1ヶ所
もてき脳神経外科　介護福祉センター		
	通所介護	1ヶ所
	短期入所生活介護	1ヶ所
もてき介護福祉センター		
	認知症型通所介護	1ヶ所
	居宅介護支援事業	1ヶ所
介護老人保健施設　　ジャスミン		1ヶ所

１６　署名

（１）介護サービス提供の開始にあたり、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【説明者】氏　　名　　深澤　亮太

（２）契約書及び本書面により、事業者から重要な事項の説明を受けるとともに、サービスの開始及び個人情報の使用について説明を受け内容に同意し、受領しました。

令和　　年　　月　　日

【利用者】住　　所

氏　　名

【家　族】住　　所

氏　　名

（３）私は、本人の契約意思を確認し本人に代わり上記署名を行いました。

署名代行　理由

署名代行者住所

氏　　名

（続柄　　）

《持　ち　物》

１．　薬：利用時間中に服薬する内服薬がある方（薬袋に入れておいてください）

２．　着替え：入浴時、汚れた時の着替え用。

３．　上履き：体操を安全に行うため、運動靴等にしてください。スリッパは大変危険ですのでご遠慮ください。

４．　紙おむつ､尿取りパット等：ご家庭で使用中の方や、ご心配な方は多めにご持参ください。不足時は、当認知症対応型通所介護の物を使用いたします。（その場合、使用分の請求をさせていただきます。）

５．　ビニール袋：(ぬれたタオルを入れるもの)

６．　歯ブラシセット

＊　　食事用具はこちらで用意いたします。ご自宅で使い慣れた物がある方は、お持ち頂いても結構です。食事用エプロンをご使用の方はご用意下さい。

＊　　すべての持ち物に必ず『名前』をお書きください。