

医療法人社団帰厚堂デイサービスつむぎ

＜＜認知症対応型通所介護＞＞

重要事項説明書

様

医療法人社団 帰厚堂

◇◇◇デイサービスつむぎ重要事項説明書◇◇◇

＜令和6年7月1日現在＞

当デイサービスセンターをご利用して頂き、ありがとうございます。当事業所は、ご契約者に対して通所介護サービスを提供いたします。サービス提供にあたって、事業所の目的や運営方針、その他を次の通りご説明いたします。

1. 事業の目的と運営方針

（事業の目的）

医療法人社団帰厚堂が実施する認知症対応型通所介護の事業は、要介護者であって認知症である利用者様について、可能な限り居宅において、その有する能力に応じて、自立した生活が出来るよう、また、利用者様の社会的孤立感の解消、及び心身機能の維持、並びに利用者様の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的としています。

この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

（運営方針）

- ①認知症対応型通所介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることが出来るよう、心身の状況を踏まえ通所介護計画を作成し、漫然かつ画一的にならないよう、配慮して行なうものとする。
- ②居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において総合的サービス提供をできるように努めるものとする。
- ③利用者一人ひとりの人格を尊重し、その能力に応じて生活が出来るよう配慮して行なう。

2. 火災・自然災害時の非常災害対策

通所サービス利用者の安全確保を最優先とし、非常災害等に際する対応はケアセンター南昌の規定及びマニュアルを適用する。

3. 緊急時の対応

事業者は、現に通所介護を行なっているときに利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じる。緊急連絡先及び主治の医師については【重要事項説明書】に記載のうえ、サービス提供開始時まで提示する。

4. 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対する指定通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡するとともに必要な措置を講じる。

5. 当事業所の概要

事業所名	医療法人 帰厚堂 デイサービスつむぎ
所在地	〒028-3614 岩手県紫波郡矢巾町大字又兵衛新田第5地割335番地
電話・FAX	【TEL】 019-698-2015（代） 【FAX】 019-611-2071
介護保険 指定番号	認知症対応型通所介護 岩手県 0392200044 号
サービス提供地域	矢巾町全域
営業時間	【月曜日～土曜日・及び祝日】 8時30分 ～ 18時00分
サービス 提供時間	【月曜日～土曜日・及び祝日】 9時30分 ～ 16時45分
利用定員	一日12名
定休日	日曜日・お盆・年末年始（12月30日～1月3日の5日間）

職員体制	区 分	資 格	専任	兼任	業 務 内 容
	管理者・生活相談員	介護福祉士 介護支援相談員		1	施設管理、生活相談、苦情受付
	生活相談員・介護職員	介護福祉士		1	生活相談・介護業務
	看護職員・機能訓練指導員	看護師		1	看護業務・個別機能訓練
	介護職員	介護福祉士	1以上		日常全般の介護業務
		介護士			
	歯科衛生士	歯科衛生士		1	摂食・嚥下機能の訓練
	管理栄養士	管理栄養士		1	栄養管理・食事に関する相談

6. サービス提供までの流れ

- ①重要事項説明書と契約書の締結をします。（説明と同意）
 - ②担当者が生活の意向や心身の状態をお聞きします。
 - ③お聞き取りした生活の意向と居宅ケアプランをもとに「通所介護計画」を作成します。
 - ④「通所介護計画」をもとにサービスを提供します。（説明と同意）
- ※居宅ケアプランが変更された場合、もしくはご利用者、ご家族の要請に応じて変更の必要がある場合には、通所介護計画を変更します。（説明と同意）

7. 提供するサービスの内容

サービス種別	内 容
食 事	◎栄養士が献立を作成し、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を計画的に提供します。 ◎食事時間は、12時00分～12時30分です。
入 浴	◎入浴・更衣時には、職員が必要に応じた介助をいたします。 一般浴槽に座位式の昇降リフトを設置しておりますので、車イスの方でも安心して入浴ができます。 ◎入浴後には、適宜、つめ切り等の整容を行います。
排 泄	◎利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ◎おむつを使用する方に対しては適切な回数の交換を行います。
運動指導	◎機能訓練指導員が利用者の状況に適合した運動指導を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ◎生活リハビリの観点から、各種レクリエーションを通じて身体機能の低下を防止するよう努めます。
口腔清潔	◎食後のケアをサポート、必要に応じて歯科衛生士が嚥下機能に関する指導を行い、口腔機能の維持向上を図ります。
健康管理と緊急時対応	◎看護職員が入浴前に血圧、体温のチェックを行い、健康状態をチェックします。 ◎サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。
相談・援助	◎利用者及びそのご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す。 ◎いかなる相談についても誠意を持ってこれに応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

8. 利用料

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

介護度	基本料金	介護保険適用時の一日当たりの自己負担額（1割負担の場合）	介護保険適用時の一日当たりの自己負担額（2割負担の場合）	介護保険適用時の一日当たりの自己負担額（3割負担の場合）
要介護1	8,940円	894円	1,788円	2,682円
要介護2	9,890円	989円	1,978円	2,967円
要介護3	10,860円	1,086円	2,172円	3,258円
要介護4	11,830円	1,183円	2,366円	3,549円
要介護5	12,780円	1,278円	2,556円	3,834円

<各種 加算料金>

● 下記料金は、1割負担の例示です。負担割合により2割・3割の場合があります

入浴加算	1回 400円	1割負担 40円
◎個別機能訓練加算	1回 270円	1割負担 27円
※口腔機能向上加算	1回1,500円×2回	1割負担 150円
*口腔・栄養スクリーニング加算	6か月毎200円	1割負担 20円

◎⇒機能訓練指導員不在時は加算対象外となります。

※⇒提供が必要と認められる方が対象となります(1月に2回を限度)

*⇒6か月に1回を限度

サービス提供体制強化加算	1割負担 22円/1回
科学的介護推進体制加算	1割負担 40円/月
介護職員特定処遇改善加算	利用者負担額に18.10%を乗じた金額が加算されます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

昼食代	540円
その他	◎おむつ代は、自己負担となります。ご自宅で使用しているものをご持参してください。 ◎文化祭や敬老会など、行事等の場合で、自己負担をお願いする場合は、事前に説明の上、御了解をいただいてから実施します。

9. サービス利用に当たっての留意事項

※送迎について

- ・ご本人の身体状況に合わせて車イス等の補助具や座席位置等を配慮します。
- ・送迎時間は、当日にご利用される人数や天候等で時刻に差が出ることがあります。

※体調不良等によるサービス提供中止について

- ・風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ・サービス提供時に発熱やご本人から体調不良の訴えがあるなど容態の変化があった場合はご家族に連絡いたします。必要に応じてすぐにご自宅までお送りいたします。

10. 緊急時の連絡先（主介護者の方）

氏名／続柄	(続柄)	
住 所		
○自宅電話	—	—
○職場電話	—	—
○携帯電話	—	—

主治医（かかりつけの先生）

病 院 名		
医 師 名		
住 所		
電話 番号	—	—

11. 要望及び苦情等の相談について

対応窓口 デイサービスつむぎ 管理者 大森 幸子
 電話：698－2015（代）
 FAX：611－2071（各事業所共通）

矢巾町健康長寿課支援係
 電話：611－2821

説明年月日 令和 年 月 日

当事業所のサービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

<事業者名> 介護保険事業所番号 039200044 号
医療法人社団帰厚堂 デイサービスつむぎ
<住 所> 〒028-3614
岩手県紫波郡矢巾町大字又兵ヱ新田第5地割335番地

<説明者名>

私は、本書面により、事業者から通所介護サービスについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者

<住 所> 〒 ー

.....
<氏 名>

家 族（代理人）

<住 所> 〒 ー

.....
<氏 名> (続柄)
.....