

通所介護重要事項説明書

1. 事業所の名称及び所在地

- (1) 名称 共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所
愛の郷グループホーム
- (2) 所在地 横浜市旭区川島町1599-13
- (3) 電話 045-370-3705 FAX 045-370-3728
- (4) 事業所経営者 有限会社 ミムラ 代表取締役 三村 晴夫
- (5) 開設年月日 平成18年2月1日
- (6) 事業者指定番号 1473201224

2. 利用定員・利用対象者

横浜市全域

要支援又は要介護と認定された方で一定の認知症診断のある方

共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所 1ユニット3名

3. 営業日及びサービス提供時間

営業日月曜日～土曜日・祝日

営業時間 午前9時45分～午後4時50分

4. 利用にあたっての留意事項

指定通所介護サービスの対象者は、要支援・要介護者であって自傷他害などの行為がない方とします。

○ 利用中止に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう必要な援助を行うよう努めます。

5. 事業所における苦情の受付

(1) 苦情受付窓口

○苦情受付担当者：管理者 鈴木 成美

○苦情解決責任者：代表取締役 三村 晴夫

電話：045-370-3705 FAX：045-370-3728

(2) 苦情受付・対応の概要

苦情を受け付けた場合は、苦情解決責任者へ内容の報告をし、事実確認を致します。内容によっては利用者、ご家族等と面談を行い詳細な聞き取りを致します。苦情に関して事実の確認を行い2日以内の対応を心掛ける。社長・専務・ユニット長などを踏まえて会議を開き対処方法の検討を行う。

記録やその他書類の見直しを検討し再度確認を行う。そして再発を防ぐには如何するか、話し合い苦情に対する報告と対処をする。

(3) 苦情連絡先

○神奈川県国保連絡会 介護保険課介護苦情相談係

電話：045-329-3447

○神奈川県福祉サービス運営適正化委員会

電話：045-317-2200 FAX：045-322-3559

○横浜市介護事業指導課

電話：045-671-3466 FAX：045-550-3615

6. 職員体制

共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護

職種	職員数
管理者	常勤 1 (1)
介護職員	常勤 7 (7) 非常勤 20 (20)

※注 () はうち数で兼務職員

7. サービス内容

(1) 通所介護計画の立案

利用者の方の個別の援助計画を立て、内容をご本人・家族に説明し同意のもと交付し、それに基づきケアをいたします。

(2) 食事

グループホームの職員が食事を作り、グループホーム入居者・職員と一緒に食事をします。

(3) 介護

可能な限り自立に向けた介護を提供いたします。（生活機能向上訓練も含まれます。）

(4) 入浴

身体状況に応じて、普通浴槽・座浴・をご利用頂けます。

(5) 生活相談

管理者・相談職員等が生活内のご相談に応じます。

(6) 健康管理

食欲や運動面、服薬援助、バイタル測定などの健康管理を致します。

(7) レクリエーション等

運動を兼ねて楽しみながら参加出来るレクリエーションを企画実施致します。

(8) 送迎

ご自宅玄関と施設の間の送迎を致します。

8. 利用料（本人負担額）

(1) サービスの利用料（1回あたり）自己負担

区分	介護度	単位 (金額)				内容の説明
		単位	個人負担(1割)	個人負担(2割)	個人負担(3割)	
①基準額	要支援 1	484 単位	527 円	1,053 円	1,580 円	7 時間以上 8 時間未満のサービス提供に対する 1 回当りの料金
	要支援 2	513 単位	559 円	1,117 円	1,675 円	
	要介護 1	523 単位	569 円	1,138 円	1,707 円	
	要介護 2	542 単位	590 円	1,180 円	1,769 円	
	要介護 3	560 単位	610 円	1,219 円	1,828 円	
	要介護 4	578 単位	629 円	1,258 円	1,887 円	
	要介護 5	598 単位	651 円	1,302 円	1,952 円	
②入浴介助加算 I		40 単位	44 円	87 円	131 円	1 回の料金
④処遇改善加算 (I)	④特定処遇改善加算 (II)	介護報酬単価×加算率(10.4%) +(2.4%)				毎月
⑤ベースアップ等支援加算	コロナ克服・経済対策	介護報酬単価×加算率(2.3%)				毎月

- 送迎代 介護費に含まれています。通常実施地域以外 1km 60 円。
- 入浴費 入浴介助加算 44 円 (1 割負担/1 回) 87 円 (2 割負担/1 回)
- 処遇改善加算 介護報酬×加算率 10.4 %
- 食費 (自費) 昼 498 円/ おやつ 125 円
※キャンセルの場合は 4 日前までにご連絡ください。連絡がない場合は料金が発生します。

○オムツ代 実費

(2) 支払い方法

翌月 10 日までに請求書を発行します。20 日までに振込みをお願いします。

※振り込み先等は別途参照

9. 緊急時の対応方法

- 利用者に様態の変化、急変などがあった場合は、速やかにご家族へ連絡・担当の介護支援専門員・掛かりつけの医師などに連絡するなど必要な措置を講ずる。

10. 非常災害対策

- 災害時には愛の郷グループホーム「防災管理規程」及び「消防計画」などの規程に基づき、利用者の安全確保に努めます。

11. 事故発生時の対応

○サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・居宅介護支援事業所、当該ご家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。又、事故状況の記録等から事故再発防止のための措置を講じます。サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

12. 利用者の記録や情報の管理・開示について

○関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じて、その内容を開示します。又、利用者及びご家族の情報に関しては予め別紙個人情報使用同意書により同意の上、使用させていただきます。

13. その他の運営についての重要事項

○事業所は、職員の資質向上を図るための月1回のホーム会議で研修機会をもうけ業務体制を整備しております。

○職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員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、職員との雇用契約の内容としています。

○認知症等の方について、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合についてのみ身体拘束を行う場合があります。その際の身体拘束が必要な場合は、利用者及び家族に説明をし、同意に関してご相談することとしております。又、同意を得た場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

通所介護事業所（デイサービスセンター）利用にあたり、利用者に対し本書に基づいて重要事項を説明しました。

14. 提供するサービスの第3者評価機関の実施状況

○第3者評価機関の実施はありません。

事業所

名称：共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所 愛の郷グループホーム

説明者職名

氏名 ㊟

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名

又は利用者代理人 ㊟