

高齢者在宅サービスセンターやぐち南

認知症対応型通所介護

契約書別紙兼重要事項説明書

1 事業者

① 法人概要

法人名	社会福祉法人 白陽会
法人所在地	東京都大田区矢口1丁目23番12号
連絡先	TEL 03-3758-1810 FAX 03-3758-1815
代表者氏名	酒井 陽太
法人設立日	平成11年3月8日

② 運営事業

(ア) 指定介護老人福祉施設 ゴールデン鶴亀ホーム	開設日：平成12年4月1日
(イ) 指定短期入所生活介護 ゴールデン鶴亀ホーム	開設日：平成12年4月1日
(ウ) 高齢者在宅サービスセンターやぐち南	開設日：平成12年4月1日
(エ) 居宅介護支援事業所 ケアプランたんぽぽ	開設日：平成12年4月1日
(オ) 大田区地域包括支援センターやぐち	開設日：平成18年4月1日
(カ) 大田区地域包括支援センター蒲田東	開設日：令和5年4月1日

2 指定通所介護 高齢者在宅サービスセンターやぐち南の概要

① 提供サービスの種別

サービス種別	認知症対応型通所介護
事業所名称	高齢者在宅サービスセンターやぐち南
介護保険指定番号	東京都 1371101336号
所在地	東京都大田区矢口1丁目23番12号
定員	認知症対応型通所介護、予防認知症対応型通所介護 計12名
営業日	月曜日から土曜日（祝祭日営業） ※12月30日から1月3日を除く
営業時間	8時45分から17時30分
サービス提供時間	8時45分から17時00分
送迎範囲	（全域） （ア）矢口 （イ）下丸子 （ウ）千鳥 （エ）多摩川

- (オ) 新蒲田
- (カ) 東矢口
- (キ) 鶉の木
- (ク) 南久が原
- (一部)
- (ア) 池上
- (イ) 西蒲田
- (ウ) 久が原

② 設備の概要

食堂	73.7㎡
機能訓練室	8.77㎡
静養室	8.77㎡(2床)
トイレ	2ヵ所
浴室(一般浴・機械浴)	1室(地階)
理美容室	1室(地階)

③ 非常災害対策

(ア) 災害時の対応

別途定める「社会福祉法人 白陽会 ゴールデン鶴亀ホーム消防計画」に則り対応を行います。

(イ) 近隣との協力関係

東京都立矢口特別支援学校、矢口南町内会と相互防災協定を締結し、非常時の相互応援を約束しています。

(ウ) 避難訓練

別途定める「社会福祉法人 白陽会 ゴールデン鶴亀ホーム消防計画」に則り、年2回昼間を想定した避難訓練を実施します。

(エ) 防災設備

スプリンクラー、避難階段、自動火災報知機、誘導灯、ガス漏れ報知器、防火扉・シャッター、屋内消火栓、非常通報装置、非常用電源、カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用

(オ) 消防計画等

矢口消防署への届出日：平成26年10月24日

(カ) 防火管理者

久永 雅也

④ 職員体制

(ア) 管理者 1名

事業所及び業務の管理を一元的に行います。

(イ) 生活相談員 1名以上

申し込みにかかる調整、認知症対応型通所介護計画書の作成を行います。また、自

らもご利用者様に対し、日常生活上の介護及び介護予防その他必要な業務にあたります。

(ウ) 介護職員 2 名以上

ご利用者様の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護及び介護予防や健康管理、その他の必要な業務を行います。

(エ) 機能訓練指導員 1 名以上

ご利用者様の身体機能等を評価し、機能訓練計画書を作成し、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行います。

(オ) 運転手 必要数

ご利用者様の送迎を行います。

(カ) 事務員 必要数

職員の補助的業務及び必要な事務を行います。

3 運営の基本方針

- ① ご利用者様の人格の尊重（自己決定の尊重、プライバシーの保護）を基本としたサービスを提供します。
- ② ご利用者様一人ひとりについて認知症対応型通所介護計画を立て、その計画に基づいたサービスを提供します。
- ③ ご利用者様が個々の力量と社会的環境に応じて可能な限り居宅生活を継続し、自立した日常生活を営むことができるように援助をします。
- ④ ご利用者様の家族の介護に関する身体的精神的負担の軽減を図るよう援助をします。
- ⑤ ご利用者様が、安全で穏やかな生活をするように配慮して援助をします。

4 サービス内容

当事業所が利用者に提供するサービスは次のとおりです。

① 認知症対応型通所介護計画に基づくサービス

ご利用者様一人ひとりの心身の状況を把握し、生活相談員がケアマネージャー等と協議の上、認知症対応型通所介護計画原案を作成します。その後、ご利用者様またはそのご家族様の同意を得たうえで、内容を決定します。

② 食事

ご利用者様の嗜好や健康・栄養状況に配慮して管理栄養士が献立を作成します。調理は専門業者に委託し、当事業所内の調理場を使用します。

(ア) 時間

昼 食 12:00～13:00

(イ) 場所

デイフロアでの食事を基本とします。

(ウ) 調理区分

ご利用者様の状況に合わせて、常食、粥食、きざみ食、流動食等を調理します。

(エ) その他

I. 15時におやつを提供します。

II. 1日の摂取カロリーは、500キロカロリー程度です。

③ 入浴

家庭において入浴することが困難なご利用者様に対して入浴サービスを提供します。ご利用者様のご要望や身体状況に配慮し、一般浴と機械浴のいずれかの入浴となります。なお、体調不良や看護師等の判断で入浴が出来ない場合がありますので、ご了承ください。

④ 機能訓練

日常生活を送るために必要な基本的動作能力の維持、向上を目的とした訓練を行います。

⑤ アクティビティ

ご利用者様が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、アクティビティーサービス（レクリエーション、音楽活動、制作活動、行事活動、体操、外出プログラム等）を実施します。これらの活動を通じて、仲間づくり、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。

⑥ 理美容

地階にある理美容室において、専門業者が提供する理美容サービスを利用することができます。利用には、業者が定める料金が必要になります（予約が必要になりますので、ご希望の方は事前にお問い合わせください。）。

⑦ 送迎

送迎を必要とすることご利用者様に対し送迎サービスを提供します。送迎車両の運行は職員が行い、移動、移乗動作に必要な介助を行います。

⑧ 相談援助

生活相談員がご利用者様やご家族様からの日常生活における介護等に関する相談に応じます。

5 医療行為について

当事業所には医師がいないため、基本的には医療行為を行うことができません。ただし、かかりつけ医の指示のもと、看護職員が対応できるものもございます。まずはケアマネージャーにご相談下さい。

6 緊急時の対応方法

- ① サービス利用中に体調の変化があった場合でご家族様への連絡が必要な場合は、速やかに緊急連絡先へご連絡いたします。
- ② 緊急時の場合は救急対応となり、ご家族様の同乗が間に合わない場合は職員が対応・付添いいたします。
- ③ 緊急連絡先に変更があった場合は、速やかに生活相談員までご連絡ください。

7 利用料金

- ① 介護保険法が定める法定料金
(ア) 通所介護費（1日あたり）

要介護1

請求額： 993円／日（1割負担）

1, 985円/日 (2割負担)

2, 977円/日 (3割負担)

単 位：894単位

要介護2

請求額：1, 098円/日 (1割負担)

2, 196円/日 (2割負担)

3, 294円/日 (3割負担)

単 位：989単位

要介護3

請求額：1, 206円/日 (1割負担)

2, 411円/日 (2割負担)

3, 617円/日 (3割負担)

単 位：1, 086単位

要介護4

請求額：1, 314円/日 (1割負担)

2, 627円/日 (2割負担)

3, 940円/日 (3割負担)

単 位：1, 183単位

要介護5

請求額：1, 419円/日 (1割負担)

2, 837円/日 (2割負担)

4, 256円/日 (3割負担)

単 位：1, 278単位

(イ)加算料金 (請求額は目安となります)

下記の該当する加算を利用料金として計算します。

栄養アセスメント加算

請求額： 56円/月 (1割負担)

111円/月 (2割負担)

167円/月 (3割負担)

単 位：50単位

ADL 維持等加算 (I)

請求額： 34円/月 (1割負担)

67円/月 (2割負担)

100円/月 (3割負担)

単 位：30単位

ADL 維持等加算 (II)

請求額： 67円/月 (1割負担)

134円/月 (2割負担)

200円／月（3割負担）
単 位：60単位

科学的介護推進体制加算

請求額： 45円／月（1割負担）
89円／月（2割負担）
134円／月（3割負担）
単 位：40単位

個別機能訓練加算（Ⅰ）

請求額：30円／日（1割負担）
60円／日（2割負担）
90円／日（3割負担）
単 位：27単位

個別機能訓練加算（Ⅱ）

請求額：23円／月（1割負担）
45円／月（2割負担）
67円／月（3割負担）
単 位：20単位

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

請求額：20円／日（1割負担）
40円／日（2割負担）
60円／日（3割負担）
単 位：18単位

若年性認知症利用者受入加算

請求額： 67円／日（1割負担）
134円／日（2割負担）
200円／日（3割負担）
単 位：60単位

入浴介助加算（Ⅰ）

請求額： 45円／日（1割負担）
89円／日（2割負担）
134円／日（3割負担）
単 位：40単位

入浴介助加算（Ⅱ）

請求額： 61円／日（1割負担）

1 2 2 円／日（2 割負担）

1 8 3 円／日（3 割負担）

単 位：5 5 単位

介護職員等処遇改善加算 I

請求額：1 8 . 1 %

備 考：総単位数に上記を乗じる

※ご家族様が送迎するなど、事業所が送迎を行わない場合は、片道につき 4 7 単位（5 3 円）が減算となります。

※悪天候や体調不良等によるご利用時間変更の利用料については介護保険法に準じて請求させていただきます。

② 所定料金（自己負担）

（ア）食費

昼食代 6 0 0 円

おやつ代 5 0 円

（イ）キャンセル料

6 5 0 円／日

ご利用者様の都合等でサービスを中止する場合で、利用日の前日午後 5 時以降に連絡をいただいた場合及びご利用者様の入所時の健康チェックにおいて、体調不良等の理由により受け入れが困難と判断した場合に上記キャンセル料が発生します。

（ウ）その他

I. サービス実施記録の複写物の交付（複写物 1 枚につき 1 0 円）

II. 連絡帳袋（1 1 0 円）

III. 特別行事食、行事参加費、理美容代など（実費）

8 利用料の請求と支払方法

- ① 利用月の月末で請求を締め、翌月 2 0 日までに指定のご住所へ請求書を郵送いたします。
- ② お支払い方法は原則、口座自動振替となります（毎月 2 7 日（土日祝の場合は翌営業日）が引き落とし日となります）。また、領収書は翌月の請求書と共に送付いたします。
- ③ ご事情によりお振り込みまたは現金払いを希望される場合は、事前にご相談ください。その場合は翌月末が支払期限となります。

9 サービス利用について

① サービスの利用開始までの流れ

（ア）お申し込みは、ケアマネージャーから受け付けます（ご家族様からの直接のお申

し込みはお受けできません。なお、ケアプランをご自身で作成されている方はご相談ください)。その後、ご利用者様との面接及び具体的なサービス内容等の説明を行い、利用契約を締結いたします。なお、利用契約の締結前にかかりつけ医からの医療情報提供書をご提出いただきます。

(イ) ご利用日はご自宅までお迎えに伺いますので、ご案内した場所にてお待ちください。なお、家族送迎の方は指定の時間までにご来所ください。

② サービス利用のキャンセル

(ア) ご利用者様の体調不良等によりをキャンセルされる場合には、ご利用日の前日午後 5 時までに事業所へご連絡ください。この時間を過ぎて連絡を受けた場合、キャンセル料及び食費が発生いたします(キャンセル料の詳細は、本書の「7 利用料金 ②所定料金(自己負担) (ウ) キャンセル料」をご参照ください)。

(イ) ご利用中に体調が悪くなった場合や来所時の健康チェックの結果により受け入れが困難と判断した場合、サービスを中止しご帰宅いただくことがあります。本理由による中止の場合も、前号同様のキャンセル料が発生いたします(キャンセル料の詳細は、本書の「7 利用料金 ②所定料金(自己負担) (ウ) キャンセル料」をご参照ください)。

③ サービス利用の振り替え

サービスを中止した場合、ご希望の日に利用を振り替えることができます。ただし、予約が埋まっている日には振り替えできませんのでご了承ください。

④ サービス利用の中止

下記事態が生じた場合、ご家族様または緊急連絡先へご連絡の上、サービスの提供を中止させていただく場合があります。

(ア) ご利用者様が帰宅を強く希望した場合

(イ) ご利用者様が他ご利用者様の生命、健康、精神及び生活に重大な影響を与える行動を行った場合

(ウ) ご利用者様本人の安全確保が困難と判断した場合

⑤ その他

(ア) 入院等により長期にわたってお休みされた場合は、改めて「医療情報提供書」の提出をお願いする場合があります。

(イ) 薬の変更がありましたら必ずお知らせください。

(ウ) 介護保険証が更新された際には必ずご提出ください。

10 サービス利用契約の終了

① ご利用者様の都合で終了される場合

担当ケアマネージャーにサービス契約終了を希望する旨をお伝え下さい。

② 事業所の都合による場合

やむを得ない事情により、事業所を閉鎖または縮小する場合、利用者に対して30日間の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、契約を解除することができます。

③ 自動終了

次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- (ア) ご利用者様が特別養護老人ホーム等へ入所した場合
- (イ) ご利用者様の要介護状態区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合
- (ウ) ご利用者様が死亡または被保険者資格を喪失した場合

④ その他

次の事由に該当した場合は、事業者は、利用者に対して文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

- (ア) ご利用者様がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく2ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず7日間以内に支払われない場合
- (イ) ご利用者様が入院もしくは病気等によりサービスの利用が3ヶ月以上にわたってサービスの利用ができない状態であることが明らかになった場合
- (ウ) ご利用者様の身体状況に変化があり、サービスが継続できないほどの医療的処置が必要になった場合
- (エ) ご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
- (オ) ご利用者様またはご家族様が、事業者やその職員、他のご利用者様に対して、契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合
- (カ) ご利用者様やそのご家族様等が、【11 事業所利用にあたっての留意事項】を遵守せず、または、他のご利用者様の生命、身体または平穏な生活に重大な影響を及ぼす行動をし、事業者や職員が注意をしても改善が見込めない場合
- (キ) ご利用者様やご家族様などが職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）を行った場合
- (ク) ご利用者様やご家族様などが職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）を行った場合
- (ケ) ご利用者様やご家族様などが職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）を行った場合

11 事業所利用にあたっての留意事項

① 持ち込み品について

次のような物は、事業所内に持ち込まないでください。なお、持ち込まれ紛失した場合、責任は負いかねます。

- (ア) 刃物（ナイフ、包丁類）、針、ライター、マッチ類。その他、管理者が危険と判断した品物
- (イ) 現金や高額な貴金属
- (ウ) 飲食物（お菓子、ジュース等を含む）
- (エ) 医薬品（大衆薬品含む）

※特別な事情がある場合には看護職員にご相談ください。

② その他

- (ア) けんか、口論などで他人に迷惑をかけないでください。
- (イ) 事業者の使用する者、他のご利用者様に対して、身体的・精神的苦痛または危害を加えないでください。
- (ウ) 特定の政治活動や宗教活動をしないでください。

(エ) フロア内での携帯電話等電子機器のご使用はご遠慮ください。

1 2 利用中の事故について

1 3 感染症の予防及びまん延防止のための措置

- ① 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね 6 ヶ月に 1 回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 職員に対する感染症の予防及びまん延防止のための研修を定期的 to 実施しています。

虐待の防止に関する担当者 本部長 志田宏喜

- ### ③ 虐待通報の窓口

(土・日・祝日、12月29日から1月3日を除く)

1.5 第三者評価の実施状況

- | | |
|-----------------|---------------------|
| ① 第三者による評価の実施状況 | あり |
| ② 評価機関の名称 | 株式会社フィールズ |
| ③ 実施日 | 2024年6月6日～2024年8月9日 |
| ④ 評価結果の開示状況 | あり |

1.6 サービス内容に関する相談・苦情の窓口

当事業所では、ご利用者様及びご家族様から苦情等を受けた場合でも、ご利用者様に対していかなる差別的対応をとりません。なお、各種相談・苦情窓口は次の通りです。

- ① 当事業所の相談・苦情窓口（苦情解決責任者：ゴールデン鶴亀ホーム施設長）
生活相談員が、利用者やご家族からの事業所利用上のご相談や苦情をお受けいたします。職員の対応、サービス内容、設備等についてのご意見やご要望は、遠慮なくお申し出ください。
生活相談員 03-5741-3322
- ② 社会福祉法人白陽会 第三者委員制度
当法人が独自に実施するご利用者様向けの相談窓口です。連絡先は1階玄関に掲示している「社会福祉法人 白陽会 第三者委員連絡先」をご覧ください。
- ③ 投書箱・意見箱
1階玄関に投書箱を設置しています。投書箱に寄せられた意見・要望・苦情などは、運営の改善に生かすよう努めます。
- ④ 大田区の相談・苦情相談
区民の声課 福祉オンブズマン担当 03-5744-1130
介護保険課 介護サービス担当 03-5744-1655
- ⑤ 東京都国民健康保険団体連合会 03-6238-0177

事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、利用者に対し本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者 高齢者在宅サービスセンター やぐち南
住所 東京都大田区矢口1丁目23番12号
代表者 理事長 酒井 陽太 印

説明者（職・氏名）

私は、本書面により、事業者から上記重要事項の説明を受けました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても理解し、同意します。

利用者 住所

氏名 印

代筆者 住所

氏名 印 （続柄）

身元引受人 住所

氏名 印 （続柄）