

認知症対応型通所介護サービス重要事項説明書

やすらぎ荘デイサービスセンター

<平成27年4月1日から適用>

当事業者はご契約者に対して認知症対応型通所介護サービスを提供します。利用される事業所の概要や、提供されるサービスの内容について、次の通り説明します。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 福寿会
事業者の所在地	富山県南砺市松原678-1
代表者名	理事長 田中 幹夫
電話番号	(0763) 23-2910

2 利用施設（指定通所介護事業所）

富山県指定	平成11年12月1日指定 第1672100060号
施設の名称及び所在地等	やすらぎ荘デイサービスセンター 0763-52-7206 富山県南砺市天池1570番地
管理者	清嶋 欣治

3 施設概要

1) 建物

	定員	敷地面積	延面積
やすらぎ荘デイサービスセンター	12名	14.110 m ²	675 m ²

2) 居室・設備

◎やすらぎ荘デイサービスセンター

居室・設備の種類	室数	備 考
食堂兼機能訓練室	1室	429.19 m ²
相談室	1室	
浴室	2室	特殊浴室、一般浴室
静養室	1室	

4 職員体制（主たる職員）

当事業所では、通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤（人）		非常勤（人）		常勤換算（人）	指定基準（人）
	専従	兼務	専従	兼務		
1. 事業所長（管理者）		1			1	（兼務） 1
2. 生活相談員	1	1			1	1
3. 介護職員	2				2	2
4. 看護師		1			1	（兼務） 1
5. 機能訓練指導員		1			0.25	0.25
6. 介護支援専門員						

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

5 運営方針

- 1) 本事業において提供する通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨、及び内容に沿ったものとする。
- 2) 通所介護の提供にあたっては利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを適確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供するものとする。
- 3) 利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明するものとする。
- 4) 適切な介護技術をもってサービスを提供するものとする。
- 5) 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行うものとする。
- 6) 居宅サービス計画に沿った通所介護を提供するものとする。
- 7) 認知症等心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、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機能の維持、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。
- 8) 関係市、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

6 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 但し、12月29日～1月3日までの年末年始を除く
受付時間	8時00分～17時00分
サービス提供時間帯	8時30分～16時30分

7 当施設が提供するサービスと利用料金

- 1) 当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、次の場合があります。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用料金が介護保険から給付される場合 2. 利用料金の全額を負担いただく場合 |
|--|

○介護保険給付対象サービス

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事時間：昼食 午後 0 時 00 分～午後 1 時 00 分 ・ 栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況、及び嗜好を考慮した食事を提供し、状態に応じた援助をします。 ・ 喫茶時間： 午後 3 時 20 分～午後 3 時 40 分 簡単な菓子・果物等の提供と水分補給を行いません。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴又は清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。 午前 9 時 00 分～12 時 00 分
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る利用者の状況に適合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。
健康管理	看護職員が健康管理を行います。
送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要な方に対して、送迎を行います。 午前 8 時 00 分～9 時 00 分 午後 4 時 30 分以降 (午前 8 時 00 分前と午後 5 時以降は自宅送迎となります)

2) 利用料金

通所介護費又は介護予防通所介護費については、保険給付が行われる場合、利用者負担額は通常 1 割です。

○認知症対応型通所介護費（地域密着型介護サービス）

(利用時間 3 時間以上 5 時間未満の場合で、1 回利用料金の料金)

要介護度区分及びサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	5,100 円	5,610 円	6,120 円	6,630 円	7,140 円
介護保険給付分 9 割	4,590 円	5,049 円	5,508 円	5,967 円	6,426 円
利用者負担料金 1 割	510 円	561 円	612 円	663 円	714 円

(利用時間 5 時間以上 7 時間未満の場合で、1 回利用料金の料金、一般型)

要介護度区分及びサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	7,780 円	8,610 円	9,440 円	10,260 円	11,090 円
介護保険給付分 9 割	7,002 円	7,749 円	8,496 円	9,234 円	9,981 円
利用者負担料金 1 割	778 円	861 円	944 円	1,026 円	1,109 円

(利用時間 7 時間以上 9 時間未満の場合で、1 回利用料金の料金、一般型)

要介護度区分及びサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	8,850 円	9,800 円	10,760 円	11,720 円	12,670 円
介護保険給付分 9 割	7,965 円	8,820 円	9,684 円	10,548 円	11,403 円
利用者負担料金 1 割	885 円	980 円	1,076 円	1,172 円	1,267 円

※料金設定の基本時間は、居宅サービス計画に定められた時間を基準とします。

3) サービスを利用された場合、加算される料金

○入浴介助加算

利用者の方に対して入浴介助を行った場合、加算されます。

要介護度区分及びサービス利用料金	要介護 1～5
	500 円/日
介護保険給付分 9 割	450 円/日
利用者負担料金 1 割	50 円/日

○個別機能訓練加算 (I)

施設が、専ら機能訓練指導員の職務に従事させる職員を所定の数配置し、利用者の方ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合、加算されます。

要介護度区分及びサービス利用料金	要介護 1～5
	270 円/日
介護保険給付分 9 割	243 円/日
利用者負担料金 1 割	27 円/日

※料金設定の基本時間は、居宅サービス計画に定められた時間を基準とします。

○サービス提供体制強化加算 (I) イ

施設が、利用者に通所介護を直接提供する職員の総数のうち、介護福祉士が 50%以上の配置により加算されます。

○サービス提供体制強化加算 (I) ロ

施設が、利用者に通所介護を直接提供する職員の総数のうち、介護福祉士が 40%以上の配置により加算されます。

加算項目・要介護度区分及びサービス利用料金	サービス提供体制強化加算 (介護)	
	要介護 1～5	
	(I) イ	(I) ロ
	180 円/日	120 円/日
介護保険給付分 9 割	162 円/日	108 円/日
利用者負担料金 1 割	18 円/日	12 円/日

支給限度額管理の対象外です。

○若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者を受け入れた場合、料金が加算されます。

(要介護の方は日額 60 単位)

要介護度区分及びサービス利用料金	要介護 1～5
	600 円/日
介護保険給付分 9 割	540 円/日
利用者負担料金 1 割	60 円/日

○介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして、介護職員処遇改善加算が創設されます。

『1月あたりの総単位数』×『サービス別加算率』

※1月あたりの総単位数とは、基本サービス費に各種加算減算を加えたもの

	サービス名	サービス別加算率
介護職員処遇改善加算（I）	認知症対応型通所介護	6.8%

○介護保険対象外サービス

① 食費 600円

② おむつ代

自宅から持参を原則としますが、不足が生じた場合は実費を頂きます。

上記の他、通所介護の中で提供サービスのうち、日常生活においても通常必要となる物にかかる費用で利用者が負担することが適当と認められる費用は実費を頂きます。

③ 理髪代

理髪店の出張による理髪サービスを実費にて、ご利用いただけます。

4) サービスを利用されなかった場合、減算される料金。

○送迎減算

送迎を実施していない場合、所定単位数より減算されます。

要介護度区分及びサービス利用料金	要介護1～5
	470円/片道
介護保険給付分9割	423円/片道
利用者負担料金1割	47円/片道

※居宅サービス計画書上に位置付けされた場合

8 サービス利用料金の支払い

- 1) 利用者は、要介護度に応じて所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：通常はサービス料金の1割）を事業者に支払うものとします。
- 2) 前項の他、利用者は食費及び諸費用の実費を事業者に支払うものとします。
- 3) サービスに関する利用料金は、翌月27日（その日が金融機関休業日の場合はその前日）に利用者の口座から自動口座引き落としとなります。

9 医療費控除

通所介護サービスの介護保険一部負担額が医療費控除の対象となるのは、同じ月に、次に掲げる医療系介護保険居宅サービスが、居宅サービス計画に基づいて利用されていた場合のみです。（そうではない場合、その月は対象となりません）

- 1) 訪問看護
- 2) 訪問リハビリテーション
- 3) 居宅療養管理指導
- 4) 通所リハビリテーション
- 5) 短期入所療養介護

※1) については、高齢者の医療の確保に関する法律、及び医療保険各法の訪問看護療養費の支給に係る訪問看護を含む

10 利用の中止、変更、追加

- 1) 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、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、利用予定日の前日までに事業者申し出て下さい。
- 2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	食事代 600 円

11 通常の事業の実施地域

南砺市の旧福光町区域

12 苦情の受付

- 1) 当事業所における苦情の受付当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口（担当者）

生活相談員 酒井ひとみ 小坂栄欣 開恵

- 2) 行政機関その他苦情受付機関

南砺市 地域包括・医療ケア局 地域包括課 長寿介護係	所在地 (〒939-1898) 富山県 南砺市 蛇喰 1009 電話番号 0763-23-2034・FAX 0763-64-2550 受付時間 8:30~17:00
砺波地方介護保険組合	所在地 (〒939-1392) 富山県 砺波市 栄町 7 番 3 号 電話番号 0763-34-8333・FAX 0763-34-8334 受付時間 8:30~17:00
富山県 国民健康保険団体連合会	所在地 (〒930-8538) 富山県 富山市 下野字豆田 995 番地の 3 電話番号 076-431-9833・FAX 076-431-9834 受付時間 8:30~17:00
富山県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 (〒930-0094) 富山県 富山市 安住町 5 番 21 号 電話番号 076-432-3280 受付時間 9:00~16:00

13 非常災害対策

管理者は、非常その他急迫の事態に備え、とるべき措置について予め対策をたて、少なくとも年 2 回以上の利用者及び職員による防火及び避難訓練を行います。

14 緊急時における対応方法

利用者の病状に急変が生じた場合は、速やかに利用者の家族、主治医若しくは協力医療機関に連絡をとり、指示を得て対処するものとします。

15 事故発生時の対応

- 1) 利用者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市、当該利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- 2) 利用者に対する通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって対応し、損害賠償を行うものとします。
※施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。

私は、本書面に基づいて事業者の職員（職名_____氏名_____）から 記重要事項の説明を受け、内容を理解した上で同意いたします。

平成_____年_____月_____日

利用者 〔甲〕	住所	〒 _____		
	氏名	_____ (印)		
	電話番号	() _____	FAX	() _____
	私（代理人）は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私（代理人）は、本人の意思を確認しました。			
	代	本人との関係		署名を代行した理由
	理	住所	〒 _____	
	人	氏名	_____ (印)	
	電話番号	() _____	FAX	() _____

事業者 〔乙〕	当事業者は、指定通所介護事業者として甲の申込を受諾し、この重要事項説明書に定める通所介護サービスを、誠実に責任を持って行います。			
	所在地	〒939-1518 富山県南砺市松原678番地1		
	名称	社会福祉法人福寿会		
	代表者名	理事長 田中 幹夫		
	電話番号	(0763) 23-2910	FAX	(0763) 23-2911

