

指定認知症対応型通所介護重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(静岡市指定 静保福介 第 4382 号)
(介護保険事業者番号 2294201062)

当事業所はご契約者に対して指定認知症対応型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 有限会社 生陽会
- (2) 法人所在地 静岡県静岡市駿河区鎌田 70-13
- (3) 電話番号 054-257-8861
- (4) 代表者氏名 代表取締役 山本 加代子
- (5) 設立年月 平成 11年 8月 2日

2. 事業所の概要

当事業所は、以下の加算対象サービスを実施しています。

事業所の名称	認知症予防デイサービス ほがらか小鹿
事業所の所在地	静岡市駿河区小鹿 3 2 1-1
電話番号	054-287-2850
管理者 氏名	管理者 山本 理恵
当事業所の運営方針	脳活性化に効果的とみられるアクティビティを提供し、認知症の予防及び悪化防止を目標に利用者の自立を支援する。
開設年月	平成 24年 3月 7日
利用定員	18人 (1単位12人 2単位6人)
事業所が行なっている他の業務	【介護予防認知症対応型通所介護】平成 24年 3月 7日指定静岡市指定 静保福介第 4382 号

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 事業所から片道おおむね 3.0km を越えない範囲
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 ただし年末年始を除く
受付時間	月曜日～土曜日 午前9時～午後5時
サービス提供時間	月曜日～土曜日 午前9時30分～午後4時45分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定認知症対応型通所介護サービス及び指定介護予防認知症対応型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。

(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	人数	職種	人数
1. 事業所長 (管理者)	1名	4. 介護職員	2名以上
2. 生活相談員	1名以上	5. 機能訓練指導員	1名
3. 看護職員	1名		

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第4条参照)

以下のサービスについては、利用料金の7割または9割が介護保険から給付されます。

☆加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

(サービスの概要)

☆共通的服务

契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・排泄などの必要な介助を行ないます。

A 食事の介助 (但し、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。)

- ・ 食事の準備、介助を行ないます。(食事時間) 12:00~13:00

B 排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行ないます。

C 送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行ないます。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

D 入浴サービス

- ・ ご自宅において入浴する事が困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の1割の額または2割・3割の額を追加料金としてご負担いただきます。

サービス提供体制強化加算 I

当事業所において、ご契約者のサービス提供を行う介護職員の総数のうち10年以上勤続している介護福祉士の資格を保有している職員の占める割合が25%以上になる場合に加算されるものです。

介護職員処遇改善加算 I ロ

介護における雇用を安定させ優秀な人材を確保していくために、介護職員の処遇改善を進めていく事業所に対して算定される加算です。

(サービス利用料金 (1回あたり)) (契約書第6条参照)

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額をお支払い下さい。(上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

☆サービス料金

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位	994 単位	1102 単位	1210 単位	1319 単位	1427 単位
サービス提供体制加算 I	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位
介護職員処遇改善加算 I ロ	240 単位	265 単位	291 単位	316 単位	342 単位
合計単位	1256 単位	1389 単位	1523 単位	1657 単位	1791 単位
サービス料金	¥12,974	¥14,348	¥15,732	¥17,116	¥18,501
介護保険から給付される金額	¥11,676	¥12,913	¥14,158	¥15,404	¥16,650
サービス利用に係る自己負担額 (右記の金額は自己負担額1割の方、一定以上所得者の場合の負担は2割・3割になります)	¥1,298	¥1,435	¥1,574	¥1,712	¥1,851

入浴サービスを利用される場合は下記の料金が上記に加算されます。

1 サービス利用料金	¥413 (40単位)
2 介護職員処遇改善加算 I ロ	¥97 (9単位)
3 うち、介護保険から給付される金額	¥510
4 サービス利用に係る自己負担額	¥51

(上記の金額は自己負担額1割の方の金額です。一定以上所得者の場合の負担は2割・3割になります)

- 介護職員処遇改善加算 I ロは利用にかかる合計単位数に23.6%の単位数を足したものであり、ご利用単位数により、若干の変動があります。
- 基本料金は、所定の単位数に10.33円を乗じて得た金額です。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

項目	費用	算定の根拠
① 介護保険給付の支給限度額を越える介護予防通所介護サービスの利用	全額	介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。
② 食事の提供にかかる費用	600円	昼食代、おやつ代を含む（1回あたりの代金）
③ レクリエーション、クラブ活動代	実費	レクリエーション及びクラブの活動に際して材料費等の実費を頂く場合があります。
④ リハビリパンツ代	150円	消耗品代（1枚あたりの値段）
⑤ パット代	20円	消耗品代（1枚あたりの値段）
⑥ その他	実費	ご利用者の日常生活に要する費用のうち、ご利用者にご負担いただくことが適当である者について費用を頂く場合があります。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、ご説明します。

（3）料金のお支払方法（契約書第6条参照）

前期（1）、（2）の料金・費用は1か月ごとに計算しご請求します。毎月15日までに、前月分のご利用いただいたサービス料金を請求いたしますので、末日までにお支払い下さい。支払方法は、原則として口座引落としとなります。ご契約の際ご相談ください。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

（4）利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

- ・利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。
- ・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、キャンセル料として下記の料金を頂きます。キャンセルの場合は至急事業者ご連絡してください。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

ご利用日の朝8時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の朝8時以降にキャンセルした場合	600円（食材料費）

- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

（5）その他

ご契約者の被保険者証に支払方法の変更の記載（ご契約者が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、静岡市の窓口へ提出して差額の払い戻しを受けてください。

6. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

（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）

山本 理恵

- 受付時間

毎週月曜日～土曜日 9：00～17：00

(2) 行政機関その他苦情受付期間

窓 口	所 在 地	電 話 番 号	F A X 番 号
静岡市介護保険課	静岡市葵区追手町5番1号	054-221-1180	054-221-1079

7. サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用日		曜 日
内容	送迎・機能訓練・食事・生活相談・その他	

8. 福祉サービス第三者評価の受審状況

事業者の提供するサービスの質を当事者（事業者及び利用者）以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価してサービスの質の向上に結びつけるとともに、評価結果が利用者の適切なサービス選択に資するための情報となることを目的としたものです。

実施の有無	実施年月日(直近)	実施機関	評価結果の開示
有 ・ 無	年 月 日		

9. 個人情報の使用同意

利用者及びその家族の個人情報については次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用します。

① 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービス提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員との連絡調整において必要な場合。

② 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることの無いよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

指定認知症対応型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

認知症予防デイサービス ほがらか小鹿

説明者職名 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 氏 名 印

連帯保証人住所 氏 名 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。