

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

重要事項説明書

小規模デイサービス 船越の家

1. 事業所概要

(1) 弊社が提供するサービスについての問い合わせ窓口

電話 0283-85-7542 ファクシミリ 0283-85-7545

※上記電話が繋がらない場合は、携帯090-2230-2754

受付日 月曜日から土曜日

受付時間 午前8時30分～午後5時30分

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

(2) デイサービスの概要

事業所名	小規模デイサービス 船越の家
所在地	栃木県佐野市船越町1459番地4
電話番号	0283-85-7542
FAX番号	0283-85-7545
介護保険事業者番号	0990400418
通常の事業実施地域	通常の事業実施地域は佐野市
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
営業日	月曜日から土曜日

(3) 事業の目的および運営方針

事業の目的	株式会社大家族が開設する小規模デイサービス 船越の家(以下「事業所」という。)が行う指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護の事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、介護職員(以下「生活相談員等」という。)等が、要介護状態(介護予防通所介護にあつては要支援状態)にある高齢者に対し、適正な指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。
運営方針	1 指定認知症対応型通所介護の提供にあつては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことにより、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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 2 介護予防認知症対応型通所介護の提供にあつては、事業所の生活相談員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 3 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスと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。

(4) 営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前 8時30分 ~ 午後5時30分
サービス提供時間	午前 9時30分 ~ 午後3時30分
定休日	日曜日

(5) 同事業所の職員体制

事業所の管理者	小堀光行
---------	------

職種	職務内容	人員数
管理者 (生活相談員・介護職員兼務)	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う	1名
生活相談員	利用申込にかかる調整、通所介護計画の作成等 利用者に対する日常生活上の介護その他必要な業務の提供	1名以上
介護職員	利用者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や健康管理、その他必要な業務の提供	1名以上
看護職員	利用者の日常生活上の健康管理や介護、その他必要な業務の提供	1名以上
機能訓練指導員	利用者の健康チェック、日常生活や様々な活動等を通じて行う機能訓練の提供	1名以上

(6) 同事業所の設備の概要

ご利用定員	12名	
設備	食堂兼機能訓練室	44.34㎡
	相談室	1室
	静養室	1室 1床
	送迎車	4台

2. サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
送迎	送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを提供する
身体介護	日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供する 排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護
入浴	家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する
食事	食事を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供する
アクティビティサービス (様々な活動)	利用者が、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、アクティビティサービス(様々な活動)を実施する。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図る。 例)園芸活動、家事活動、行事的活動、音楽活動、制作活動、体操等
相談・助言	利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談および助言を行う

3. 料 金(介護保険給付対象の利用料と、その他の利用料)

(1) 認知症対応型通所介護(要介護)の方の介護保険給付対象利用料(別紙、料金表参照)

(2) 介護予防認知症対応型通所介護(要支援)の方の介護保険給付対象利用料(別紙、料金表参照)

(3) その他の利用料、

要介護・要支援・事業対象者の方共通、介護保険給付対象外の利用料、(別紙、料金表参照)

(4) 介護保険適用時の1ヵ月あたりの利用料計算方法

(認知症対応型通所介護)

基本利用料金……要介護ごとの単位×地域区分10(※佐野市。以下同様)

(介護予防認知症対応型通所介護)

基本利用料金……要支援ごとの単位×地域区分10

<介護保険適用時の1ヵ月あたりの自己負担額計算方法 (※1割負担の場合)>

1日(1ヵ月)あたりの利用料金 × 0.9(※下記参照) = 公費負担分(※小数点以下切り捨て)

※介護保険負担割合証により、2割負担の場合は 0.8 となります

※介護保険負担割合証により、3割負担の場合は 0.7 となります

↓

1日(1ヵ月)あたりの利用料金—公費負担分=自己負担分(※小数点以下切り捨て)

(5) キャンセル規定(通所介護のみ)

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の当日、送迎で事業所を出発する前の午前8時 30 分頃までにご連絡をいただいた場合	基本利用料の 50 %
ご利用日の当日、送迎でご自宅へ迎えに伺うまでご連絡がなかった場合	基本利用料の 100 %

※ ただし、利用者の病変、急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

(6) 支払方法

利用料、その他の費用の請求	当月の利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額によりご請求いたします。 請求書は、利用明細を添付し翌月 15 日までに発行いたします。
利用料、その他の費用のお支払い	利用料、その他の費用のお支払いについては、ご利用月の翌月末日までにお支払い下さい。 利用料、その他の費用のお支払を受けた後に領収書を発行いたします。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、お客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、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

5. サービス利用にあたっての留意点

(1) 健康上の理由による中止

① 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。

② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師・居宅介護支援事業所等に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。

但し、定員数分の予約が入っている日には振り替え出来ませんのでご了承ください。

6. 事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における虐待の防止のために対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に(年1回以上)開催するとともに、その結果について従事者に周知徹底を図ること。
- ② 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- ③ 事業所において従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に(年1回以上)実施すること。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医・居宅介護支援事業所等に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

8. 賠償責任

サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の 生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その責任の範囲において、利用者に対してその損害を賠償します。

9. 秘密の保持

利用者およびその家族に関する秘密の保持、及び個人情報保護の保護について	事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密、及び個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、適切なサービスを実施するにあたり下記の内容にて情報を提供することがあります。 (1) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合 (2) 利用者が介護保険施設等に入所されることに伴う必要な情報の提供 (3) 利用者の体調不良等による急な医療機関受診による必要な情報の提供 この守秘義務は契約終了後も同様です。情報が含まれる記録物について、善良な管理者の注意をもって管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. 相談窓口

【担当窓口】 お客様サービス担当	担当者:小堀光行(小規模デイサービス船越の家 管理者) TEL:0283-85-7542 FAX:0283-85-7545 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分 * ご不明な点は、なんでもおたずねください。
【区市町村窓口】 佐野市 健康医療部 介護保険課	住所:栃木県佐野市高砂町 1 TEL:0283-20-3022 受付時間:午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
【その他】 栃木県国民健康保険団体 連合会	住所:栃木県宇都宮市本町 3 番 9 号 栃木県本町合同ビル 6 階 TEL: 028-622-7242(代表)

重要事項説明書 別紙料金表(介護保険給付対象の利用料と、その他の利用料)
小規模デイサービス 船越の家

認知症対応型通所介護(要介護の方)と介護予防認知症対応型通所介護(要支援の方)の介護保険給付対象利用料と、その他の利用料 ※令和8年4月1日～

(1) 介護保険給付対象利用料(6時間以上7時間未満)

項目	単位	1日あたりの 基本利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額(※1割から3割)		
			1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援 1	760単位	7,600円	760円	1,520円	2,280円
要支援 2	851単位	8,510円	851円	1,702円	2,553円
要介護 1	880単位	8,800円	880円	1,760円	2,640円
要介護 2	974単位	9,740円	974円	1,948円	2,922円
要介護 3	1,066単位	10,660円	1,066円	2,132円	3,198円
要介護 4	1,161単位	11,610円	1,161円	2,322円	3,483円
要介護 5	1,256単位	12,560円	1,256円	2,512円	3,768円
入浴介助加算(Ⅰ)	40単位	400円	40円	80円	120円
入浴介助加算(Ⅱ)	55単位	550円	55円	110円	165円

※介護保険給付対象利用料は、介護保険負担割合証により、1割 から 3割のご負担となります
※入浴介助加算について(令和3年4月からの制度改正にて)

利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から下記の算定要件(概略)となっています。

入浴介助加算(Ⅰ)、入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助を行う
入浴介助加算(Ⅱ)、上記要件に加え、居宅を訪問し浴室における当該利用者の動作及び浴室
の環境を評価していること。個別の入浴計画を作成すること。個浴その他の利用者の居宅に
近い環境にて、入浴介助を行うこと、とされています。

利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、当事業所では原則入浴介助加算(Ⅱ)を算定さ
せていただきます。

【その他の加算】

・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 上記ご利用に対して 17.4%

(2) その他の利用料、(要介護・要支援の方共通、介護保険給付対象外の利用料)

ご利用の皆様にご負担頂く利用料(1日分)		ご使用の分をご負担頂く料金(1枚につき)	
昼食代等	700円	リハビリパンツ代	150円
日用品費	50円	おむつ代	150円
教養娯楽費	50円	尿とりパット代	50円

重要事項説明書の料金表等変更時やご利用開始時、内容を確認いただき下記へサインをお願い致します

年 月 日

ご利用者氏名

代筆者氏名(代筆時のみご記入ください)