

デイサービスセンター報徳園

『認知症対応型通所介護』重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人高田真善会
主たる事務所の所在地	〒514-0065 三重県津市河辺町1317番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 千草 篤磨
設立年月日	昭和55年10月29日
電話番号	059-228-1951

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター報徳園
サービスの種類	認知症対応型通所介護
事業所の所在地	〒514-0065 三重県津市河辺町1317番地1
電話番号	059-228-1951
FAX番号	059-228-1952
指定年月日	令和2年4月1日（当初指定平成12年1月31日）
事業所番号	津市指定 第2470500634号
管理者の氏名	田村 幸則
実施単位・利用定員	定員12人
通常の事業の実施地域	津市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	認知症の症状ある利用者とその家族のために毎日利用できる通所介護事業を行い、認知症利用者の特異性に応じて日常生活上の援助及び心身機能の維持を図り、介護者の身体的、精神的負担の軽減を図るものとする。
運営の方針	利用者の人格を尊重、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的確に捉え、個々の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。常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。 また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	午前8時00分～午後5時30分
サービス提供時間 ※(注)参照	午前9時00分～午後4時30分

(注)「サービス提供時間」とは、利用者を事業所に迎えてから送り出すまでの時間及び送迎時に行った居宅内介護(電気の消灯・点灯、着替え、移乗、窓の施錠等)の時間を言います。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	
事業所(管理者)	常勤 1人(特養事務長兼務)	非常勤 0人
生活相談員	常勤 3人(内兼務 介護職員2名)	非常勤 0人
介護職員	常勤 2人(内兼務 生活相談員2名)	非常勤 7人
看護職員兼機能訓練指導員	常勤 0人	非常勤 1人
栄養士	常勤 1人(特養兼務)	非常勤 0人

6. 提供するサービスの内容

(1) 食事(但し、食材費は別途いただきます。)

- ① 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ② ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食 8:00～ 昼食 11:30～ 夕食 17:00～

(2) 入浴

入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます

(3) 排泄

随時、排泄介助を行います。

(4) 機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

(5) レクリエーション

- ① 併設施設において実施される行事等に参加することができます。
- ② 行事によっては、別途参加料・材料費等がかかるものもあります。

(6) 生活相談

事業所の従業者はもとより、関係機関等との連絡調整し生活の向上を目指します。

(7) 送迎

- ① 送迎車により、事業所と自宅との間を行います。
- ② 通常の営業時間の利用の方を送迎します。

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額(但し、一定以上の所得者は2割又は3割の額)です。ただし、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、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所介護の利用料

【基本部分：認知症対応型通所介護費（ii）】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費		
		基本単位	基本利用料 (×10.33)	利用者負担金(1割)
3時間以上 4時間未満	要介護1	491単位	5,072円	508円
	要介護2	541単位	5,588円	559円
	要介護3	589単位	6,084円	609円
	要介護4	639単位	6,807円	681円
	要介護5	688単位	7,107円	711円
4時間以上 5時間未満	要介護1	515単位	5,319円	532円
	要介護2	566単位	5,846円	585円
	要介護3	618単位	6,383円	639円
	要介護4	669単位	6,910円	691円
	要介護5	720単位	7,437円	744円
5時間以上 6時間未満	要介護1	771単位	7,964円	797円
	要介護2	854単位	8,821円	883円
	要介護3	936単位	9,668円	967円
	要介護4	1,016単位	10,495円	1,050円
	要介護5	1,099単位	11,352円	1,136円
6時間以上 7時間未満	要介護1	790単位	8,160円	816円
	要介護2	876単位	9,049円	905円
	要介護3	960単位	9,916円	992円
	要介護4	1,042単位	10,763円	1,077円
	要介護5	1,127単位	11,641円	1,165円
7時間以上 8時間未満	要介護1	894単位	9,235円	924円
	要介護2	989単位	10,216円	1,022円
	要介護3	1,086単位	11,218円	1,122円
	要介護4	1,183単位	12,220円	1,222円
	要介護5	1,278単位	13,201円	1,321円

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額		
		基本単位	基本利用料 (×10.33)	利用者負担金 (1割)
入浴介助加算(Ⅰ)	利用者に対し入浴介助を行った場合	40単位	413円	42円
事業所が送迎を行わない場合の減算(片道につき)		-47単位	▲486円	▲48円
科学的介護推進体制加算(1月につき)	(1)利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し (2)必要に応じて認知症対応型通所介護計画を見直すなど、提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定認知症対応型通所介護を適切かつ有効に提供するために	40単位	413円	42円
サービス提供体制強化加算		22単位	227円	23円
介護職員処遇改善加算 (令和6年5月迄)	1月につき 所定単位数×104/1000×10.33			
介護職員等特定処遇改善加算 (令和6年5月迄)	1月につき 所定単位数×31/1000×10.33			
介護職員等ベースアップ等支援加算 (令和6年5月迄)	1月につき 所定単位数×23/1000×10.33			
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ベースアップ等支援加算 (令和6年6月以降)	1月につき 所定単位数×181/1000×10.33			

※ 上記の(1)の利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

※ 上記料金の(1)の自己負担額については、1日又は1回あたりの介護保険報酬単位に地域単価数(10.33)を乗じ、その1割相当額を切り捨て算出するため、ご利用日数等により変動がございます。

※ 所定単位数とは、基本単位に入浴介助加算、サービス提供体制加算及び送迎減算を足した単位数です。

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、下記の食費をいただきます。 1回につき 朝食305円 昼食620円 夕食520円
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	キャンセル料不要
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
ゆうちょ銀行 口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 みずほ銀行 津支店 普通口座 1161018 口座名 社会福祉法人高田真善会 特別養護老人ホーム報徳園 園長 千草篤磨
現金払い	サービスを利用した月の翌月の26日までに、現金でお支払いください。

8. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

10. 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は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

12. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

13. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

但し、緊急やむを得ない理由により拘束をさせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、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について記録します。

14. 虐待防止のための措置

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止のための対策を検討する委員会を設置し、虐待防止のための指針を作成し、職員に対し虐待防止のための研修を実施し、これらを適切に実施する担当者を置きます。

15. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	窓口担当 : 特養園長 千草篤麿、 介護業務部長 伊藤綾子 受付時間 : 午前8時～午後5時30分 電話番号 : 059-228-1951
---------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	津市役所 介護保険課	三重県津市西丸之内23-1 電話番号 059-229-3149 FAX番号 059-229-3334 受付時間 午前9時～午後5時 (土・日・祝日を除く)
	三重県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護保険係	三重県津市桜橋2丁目96 三重県自治会館内 電話番号 059-222-4165 FAX番号 059-222-4166 受付時間 午前9時～午後5時 (土・日・祝日を除く)
	三重県社会福祉協議会 三重県福祉サービス運営適正化委員会	三重県津市桜橋2丁目131 三重県社会福祉会館内 電話番号 059-224-8111 FAX番号 059-213-1222 受付時間 午前9時～午後5時 (土・日・祝日を除く)

16. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

17. サービスの利用にあたっての留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状を復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 禁煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(3) その他

体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 三重県津市河辺町1317番地1

事業者（法人）名 社会福祉法人高田真善会

デイサービスセンター報徳園

管理者氏名 管理者 田村幸則 ⑩

説明者職・氏名 相談員 大前 恵 ⑩

私は、事業者より本書面に基づき重要事項について説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者 〒

住所

氏名 ⑩

署名代行者（又は法定代理人）

〒

住所

本人との続柄

氏名 ⑩