

デイサービス あすなろ竹原
共用型 介護予防認知症対応型通所介護
重要事項説明書

当事業所は、認知症の症状を伴う要支援状態の利用者に共用型介護予防認知症対応型通所介護を提供します。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。

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 萌生会 |
| (2) 法人所在地 | 東広島市西条町吉行 1456 |
| (3) 電話番号 | 082-493-8300 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 上田 美幸 |
| (5) 設立年月 | 平成13年7月13日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 共用型介護予防認知症対応型通所介護 |
| (2) 事業の目的 | 当事業所が行う共用型介護予防認知症対応型通所介護の事業は(以下「事業」という。)居宅において認知症の症状を伴う要支援状態にある高齢者に対し、適切な共用型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します。 |
| (3) 事業所の名称 | デイサービス あすなろ竹原
令和 3 年 4 月 1 日指定
介護保険事業者番号【3490700071】 |
| (4) 事業所の所在地 | 竹原市福田町1300番地1 |
| (5) 電話番号 | 0846-24-1287 |
| (6) 事業所の運営方針 | 事業所の従業者は、認知症の症状を伴う要支援状態にある高齢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等を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能向上に努める。事業の実施に当たっては、関係市町村・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します。 |
| (7) 開設年月 | 令和 3 年 4 月 1 日指定
共用型介護予防認知症対応型通所介護 |
| (8) 利用定員 | 1日3人とする。実施単位数は、1 単位とします。 |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 竹原市全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日 ~ 日曜日 但し、12月31日から1月3日までを除きます。
営業時間	8:30 ~ 17:30
サービス提供時間帯	9:00 ~ 16:30
サービス延長	早朝 7:30 ~ 9:00 延長 16:30~18:00

4. 職員の体制

当事業所では、利用者に対して共用型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、共用型介護予防認知症対応型通所介護の指定申請における人員基準を満たす職員を配置するものとします。

(1) 管理者 1名（介護従事者と兼務）

この事業所に勤務する従業者の管理及び介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「認知症対応型共同生活介護」という。）及び共用型介護予防認知症対応型通所介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。

(2) 計画作成担当者 1名（介護従事者と兼務）

介護予防認知症対応型共同生活介護計画及び共用型介護予防認知症対応型通所介護計画を作成します。

(3) 看護職員 訪問看護ステーションあすなろ西条（医療連携）

(4) 介護従業者 5名以上

介護従業者は、介護予防認知症対応型共同生活介護及び共用型介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たります。

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、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割が介護保険から給付されます。（介護負担割合により、8割・7割の方もいます）

<サービスの概要>

①入浴

・入浴又は清拭を行います。

②排泄

・利用者の排泄の介助を行います。

③送迎サービス

・利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

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。なお、自動車を使用した場合の交通費は、実施地域を越えて、路程1キ

ロメートル当たり20円を頂きます。

<サービス利用料金>

下記は、所要時間7時間以上8時間未満、8時間以上9時間未満の一日あたりの利用料金です。

要支援者

7時間以上 8時間未満

(1単位あたり10円)

要支援度	サービス内容略称	単位数	全額	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	予防認知症通所介護Ⅱ51	484	4,840	484	968	1,452
要支援2	予防認知症通所介護Ⅱ52	513	5,130	513	1,026	1,539

8時間以上 9時間未満

要支援度	サービス内容略称	単位数	全額	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	予防認知症通所介護Ⅱ61	500	5,000	500	1,000	1,500
要支援2	予防認知症通所介護Ⅱ62	529	5,290	529	1,058	1,587

加算・減算	サービス内容略称	単位数	全額	1割負担	2割負担	3割負担
延長加算	予認通所介護延長加算1	50	500	50	100	150
	予認通所介護延長加算2	100	1,000	100	200	300
	予認通所介護延長加算3	150	1,500	150	300	450
	予認通所介護延長加算4	200	2,000	200	400	600
	予認通所介護延長加算5	250	2,500	250	500	750
入浴介助加算	予認通所介護 入浴介護加算Ⅰ	40	400	40	80	120
若年性受入 加算	予認通所介護 若年性認知症受入加算	60	600	60	120	180
科学的介護 加算	予認通所介護 科学的介護推進体制加算	40	400	40	80	120
送迎減算	予認通所介護 送迎減算	-47	-470	-47	-94	-141
サービス 提供加算	予認通所介護 サービス提供体制加算Ⅱ	18	180	18	36	54
処遇改善加算	予認通所介護 処遇改善加算Ⅲ	15.0%				

○延長加算

8 時間以上 9 時間未満の認知症対応通所介護の前後に日常生活のお世話を行う場合は延長時間分が加算されます。

予認通所介護延長加算 1 9 時間以上 10 時間未満

予認通所介護延長加算 2 10 時間以上 11 時間未満

予認通所介護延長加算 3 11 時間以上 12 時間未満

予認通所介護延長加算 4 12 時間以上 13 時間未満

予認通所介護延長加算 5 13 時間以上 14 時間未満

○入浴介助加算

入浴サービスを提供した場合に対象となる加算

○若年性受入加算

若年性認知症によって要支援状態になった方に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の方を受け入れてサービスを提供することを評価する加算

○認知通所介護入浴介護加算

8 時間以上 9 時間未満の認知症対応通所介護の前後に日常生活のお世話を行う場合は延長時間分が加算

○科学的介護加算

科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の活用など、科学的介護を推進する取り組みを評価する加算

○送迎減算

自宅と事業所間の送迎を行わない場合に対象となる減算(片道-47 単位)

○サービス提供加算Ⅱ

職員の介護福祉士の有資格者の割合や勤続年数から、質の高いサービスを提供する体制にある事業所を評価する加算

・介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が 50%以上である

・定員超過利用、人員基準欠如減算に該当しないこと

○処遇改善加算Ⅲ

1 月あたりの総単位数に15.0%を乗じた額

☆ 利用者がまだ要支援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。要支援の認定を受けた後、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、利用者が保険給付の申請を行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。

☆ 利用者に提供する食事の材料に係わる費用は別途頂きます。(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、利用者の負担額を変更します。

(2)介護保険給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事提供 利用者に提供する食事にかかる費用です。

料金：550円(昼食)

- ・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ます。
- ・利用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)12:00 ~ 13:00

- ② レクリエーション、クラブ活動 利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

- ③ 複写物の交付 利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。1枚につき 20円

- ④ 日常生活上必要となる諸費用実費 日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

理美容代・おむつ代 実費

☆ 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、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3)利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算いたしますので、利用者は、この翌月末日までにお支払い下さい。

支払方法	
1.口座振替	①広島銀行口座をお持ちの方 広島銀行口座振替 口座振替手数料 100円+消費税 ②広島銀行以外の口座をお持ちの方 ワイドネット口座振替 口座振替手数料 150円+消費税 ※口座振替手数料は銀行により変動する場合があります
2.振込	広島銀行 竹原支店(0169 081) 普通預金 3256541 社会福祉法人萌生会 理事長 上田美幸 ※振込手数料はご負担いただきます

(4)利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、利用者の都合により、共用型介護予防認知症対応型通所介護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出来ます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。

時間	キャンセル料
サービス利用の24時間前までに連絡していただいた場合	無料
サービス利用の12時間前までに連絡していただいた場合	
サービス利用の12時間前までに連絡がなかった場合	

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、介護員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について

当事業所に対する苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

苦情担当者	井口 竜彦
連絡先	TEL・FAX 0846-24-1287
受付時間	月～日 9:00～18:00

(上記時間外でも、グループホームに連絡をいただければ対応いたします)

公的機関においても、次の機関において苦情申請届出等できます。

竹原市役所	竹原市中央5-1-35 竹原市 市民福祉部 地域支えあい推進課福祉 総務係福祉総務係 TEL 0846-22-2946
広島県国保連合会	広島市中区東白島町19-49 介護保険課 TEL 082-554-0783

(令和7年1月1日現在)

令和 年 月 日

共用型介護予防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いました。

デイサービス あすなろ竹原

所 在 竹原市福田町1300番地 1

名 称 社会福祉法人 萌生会

代表者名 理事長 上田 美幸 印

説明者 所属 デイサービスあすなろ竹原

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、共用型介護予防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

利用者の家族又は代理人

住 所

氏 名 印

利用者が署名出来ない理由