

令和8年4月1日

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

社会福祉法人けんこう
認知症対応型デイサービス 美さと

1. 事業の目的と運営方針

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が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にすることを目的とします。

この目的に沿って、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。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。

2. 事業者の概要

- (1) 事業所の種類 指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所
〈 事業所番号 第4091500258号 〉
- (2) 事業所名 認知症対応型デイサービス 美さと
- (3) 所在地 福岡県大牟田市南船津町2丁目9番地
- (4) 管理者の氏名 坂口 栄子
- (5) 電話番号 0944-31-5770
- (6) FAX番号 0944-31-5770

3. 職員の配置状況

職種名	職務の内容	常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
管理者	業務の一元的な管理	0名	1名	0名	0名
生活相談員	生活相談及び指導	0名	1名	0名	0名
看護職員（看護師 又は准看護師）	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管理	0名	0名	0名	1名
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	0名	0名	0名	1名
介護職員	介護業務	1名	0名	2名	0名

4. 事業実施地域及び営業時間

- (1) サービス提供実施地域 福岡県大牟田市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日（1月1日・2日を除く）
営業時間	8時30分～17時45分
サービス提供時間	9時30分～16時45分
利用定員	12名

5. 設備の概要

食堂 (1室)	利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。
機能訓練室 (1室)	利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。
その他の設備	設備としてその他に、相談室、静養室、事務室等の設備を設けます。

6. サービス内容

(1) 送迎

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

(2) 食事

利用者の心身の状態に応じた食事を提供します。

(3) 入浴

見守りや直接介助により、入浴を提供します。

(4) 機能訓練

個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。

(5) 生活相談

事業所の従業者はもとより、関係機関等と連絡調整し生活の向上を目指します。

(6) レクリエーション

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。なお、行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

(7) 排泄

随時、排泄介助をいたします。

7. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護が法定代理受領サービスであるときは、下記の介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定しており、その自己負担額をお支払い下さい。また、法定代理受領以

外の利用料のお支払いを受けた場合、領収書及び指定居宅介護支援提供証明書を交付することとします。

(1) 基本料金

① 要支援1・要支援2の場合 [介護予防認知症対応型通所介護費 (併設型)]

■ 7時間以上8時間未満の場合 (単位：/日)

要介護度	要支援1	要支援2
介護報酬告示額	773単位	864単位
利用料	7,730円	8,640円
保険給付額	6,957円	7,776円
自己負担額	773円	864円

■ 6時間以上7時間未満の場合 (単位：/日)

要介護度	要支援1	要支援2
介護報酬告示額	684単位	762単位
利用料	6,840円	7,620円
保険給付額	6,156円	6,858円
自己負担額	684円	762円

■ 5時間以上6時間未満の場合 (単位：/日)

要介護度	要支援1	要支援2
介護報酬告示額	667単位	743単位
利用料	6,670円	7,430円
保険給付額	6,003円	6,687円
自己負担額	667円	743円

■ 4時間以上5時間未満の場合 (単位：/日)

要介護度	要支援1	要支援2
介護報酬告示額	449単位	498単位
利用料	4,490円	4,980円
保険給付額	4,041円	4,482円
自己負担額	449円	498円

■ 3時間以上4時間未満の場合 (単位：/日)

要介護度	要支援1	要支援2
介護報酬告示額	429単位	476単位
利用料	4,290円	4,760円
保険給付額	3,861円	4,284円
自己負担額	429円	476円

② 要介護1から要介護5の場合 [認知症対応型通所介護費 (併設型)]

■ 7時間以上8時間未満の場合 (単位：/日)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護報酬告示額	894単位	989単位	1,086単位	1,183単位	1,278単位
利用料	8,940円	9,890円	10,860円	11,830円	12,780円
保険給付額	8,046円	8,901円	9,774円	10,647円	11,502円
自己負担額	894円	989円	1,086円	1,183円	1,278円

■ 6時間以上7時間未満の場合 (単位：/日)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護報酬告示額	790単位	876単位	960単位	1,042単位	1,127単位
利用料	7,900円	8,760円	9,600円	10,420円	11,270円
保険給付額	7,110円	7,884円	8,640円	9,378円	10,143円
自己負担額	790円	876円	960円	1,042円	1,127円

■ 5時間以上6時間未満の場合 (単位：/日)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護報酬告示額	771単位	854単位	936単位	1,016単位	1,099単位
利用料	7,710円	8,540円	9,360円	10,160円	10,990円
保険給付額	6,939円	7,686円	8,424円	9,144円	9,891円
自己負担額	771円	854円	936円	1,016円	1,099円

■ 4時間以上5時間未満の場合

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護報酬告示額	515単位	566単位	618単位	669単位	720単位
利用料	5,150円	5,660円	6,180円	6,690円	7,200円
保険給付額	4,635円	5,094円	5,562円	6,021円	6,480円
自己負担額	515円	566円	618円	669円	720円

■ 3時間以上4時間未満の場合

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護報酬告示額	491単位	541単位	589単位	639単位	688単位
利用料	4,910円	5,410円	5,890円	6,390円	6,880円
保険給付額	4,419円	4,869円	5,301円	5,751円	6,192円
自己負担額	491円	541円	589円	639円	688円

(2) 加算料金・減算料金

上記の基本料金とは別に、ご利用者の心身の状況や、施設の職員体制等に応じて、次の加算又は減算が追加されます。

- * 入浴介助加算 40単位/日 (自己負担金40円/日) 加算
- * 送迎減算 47単位/回 (自己負担金47円/回) 減算
- * 介護職員等処遇改善加算Ⅱ 1月の所定単位数×174/1000 加算
(自己負担1割又は2割・3割/支給限度額の対象外)

(3) その他の費用

- * 送迎費用 無料
- * 食事の提供に要する費用 680円/食
- * おむつ代、その他日常生活費 実費

8. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者又は利用者代理人、その家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④ 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤ お弁当の持込はご希望により応じておりますが、持込まれた弁当等の管理や衛生面、及びこれに関わる事故(食中毒等)につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑥ 喫煙の場合には、事業所が指定する喫煙コーナーをご利用下さい。

9. 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防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

10. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合などには、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

11. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 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されています。

13. 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。

14. 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。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束を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。

15. 虐待防止

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等防止のため次の措置を講ずるものとします。

③ 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

④ その他虐待防止のための必要な措置

2 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

16. 苦情相談窓口

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。なお、ご利用者等からの苦情に対して適切に対応する苦情処理委員会を設置しております。

(1) 当事業所における苦情の受付

解決責任者	[美さと施設長] 兼行 菜穂子
苦情受付窓口	[管理者] 坂口 栄子

	<受付日時> 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：45 <連絡先> TEL：0944-31-5770 FAX：0944-54-5575
第三者委員	堤 康一郎（電話番号）0944-54-1201 鈴嶋 松彦（電話番号）0944-51-0648 <受付日時> 毎週月曜日～金曜日（土・日曜日、祝日、年末年始は休み）9：00～17：00

（２）行政機関その他苦情受付機関

大牟田市役所 （保健福祉部福祉課）	所在地 福岡県大牟田市有明町2丁目3番地 電話番号0944-41-2683 ・ FAX番号0944-41-2662 受付日 月～金曜日（土・日曜日、祝日、年末年始は休み） 受付時間 8：30～17：15
福岡県運営適正化委員会 （社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会）	所在地 福岡県春日市原町13番47号 電話番号092-915-3511 ・ FAX番号092-915-3512 受付日 火～日曜日（月曜日、年末年始12月29日～1月3日は休み） 受付時間 9：00～17：30
福岡県 国民健康保険団体連合会 （総務部介護保険課）	所在地 福岡県福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話番号092-642-7859 ・ FAX番号092-642-7857 受付日 月～金曜日（土・日曜日、祝日、年末年始は休み） 受付時間 8：30～17：00

17. 損害賠償

当事業所において、事業者の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業者は、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、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

18. 運営推進会議の設置

当事業所では、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提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

構成	利用者及びその家族の代表者、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、関係機関職員、認知症対応型通所介護事業所職員
開催	6ヶ月に1回
記録	実施した運営推進会議について、開催内容の議事録を作成します。事業所内にて閲覧用の議事録を整備しています。また、市町村や地域包括支援センターでも閲覧することが出来ます。

令和 年 月 日

指定（介護予防）認知症対応型通所介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 大牟田市南船津町2丁目9番地

事業所名 認知症対応型デイサービス 美さと

説明者職種 _____ 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定（介護予防）認知症対応型通所介護サービスについて重要事項の説明を受け同意しました。

<ご利用者>

ご住所 _____

ご氏名 _____ 印

<ご利用者代理人>

ご住所 _____

ご氏名 _____ 印 (続柄 _____)