

認知症対応型通所介護

《重要事項説明書》

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人宏正会
主たる事務所の所在地	〒720-2121 広島県福山市神辺町湯野1004-2
代表者（職名・氏名）	理事長 岡崎正典
設立年月日	2019年6月16日
電話番号 / FAX番号	084-965-6780

2 事業所の概要

ご利用事業所の名称	湯野グループホーム愛
サービスの種類	認知症対応型通所介護
事業所の所在地	〒720-2121 広島県福山市神辺町湯野1018-1
電話番号 / FAX番号	084-967-5851
事業所番号	広島県 3491502427 号
管理者	濱岡仁志
利用定員	利用定員 3名

3 共同生活介護の目的及び運営方針

事業の目的	要介護状態であって、認知症のある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	1 事業所の職員は要介護状態になった利用者に対して、入浴、排泄、食事等の介護その他必要な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、自立した生活を営むことができるように努めるものとする。 2 事業所の運営にあたっては、利用者の人格・人権を尊重し、利用者の立場にたったサービス提供に努めるとともに、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営むことができるよう支援する。 3 事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、保険医療サービス又は福祉サービスを提供する事業所、又は地域関係団体、ご家族との密接な連携により、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4 設備の概要

① 構造等

敷地		1304.85㎡
建物	構造	鉄骨造り
	延べ床面積	1918.14㎡

5 職員の体制

従業員の職種	人数 (人)	区分				常勤換算後の人数 (人)
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者	1					
介 護 員	1	提供時間帯を通じて1名				
看護師	必要数	訪問看護ステーションとの連携により配置				
リハビリ	必要数	必要に応じて				

6 営業日時

営業日	365日（但し、祝日及び8月11～15の間で連続する3日間、12月30日～1月4日の間で連続する4日間は休業）
営業時間	8：00～17：00
サービス提供時間	9：00～16：15

7 サービスの内容と費用

① 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

- ・ 食事、掃除、その他の家事等について、介護従事者が御利用者様のお手伝いします。

種 類	内 容
日常生活の援助	食事、掃除等の家事や入浴、排泄のお手伝いを行います。
レクリエーション等	毎日、様々なレクリエーションを企画し、行います。
相談及び援助	利用者様とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

- ・ 原則として下記の料金表のとおりです。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料金全額をお支払いください。
利用料のお支払いと引き換えに、領収書等を発行します。

【利用表】

《介護保険利用料》（1割負担の場合）

※2割負担の場合は2倍、3割負担の場合は3倍の額となります。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。

※注1 基本利用料は厚生労働大臣また福山市長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。

(1) 共用型（介護予防）認知症対応型通所介護の利用料

【基本部分：（介護予防）認知症対応型通所介護費（共用型）】

所要時間 (1回あたり)	ご利用者様の 要介護度	通所介護費			
		基本利用料 ※注1 参照	利用者負担額		
			(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)
3時間以上 4時間未満	要支援1	2,470円	247円	494円	741円
	要支援2	2,610円	261円	522円	783円
	要介護1	2,670円	267円	534円	801円
	要介護2	2,770円	277円	554円	831円
	要介護3	2,860円	286円	572円	858円
	要介護4	2,950円	295円	590円	885円
	要介護5	3,050円	305円	610円	915円
4時間以上 5時間未満	要支援1	2,590円	259円	518円	777円
	要支援2	2,730円	273円	546円	819円
	要介護1	2,790円	279円	558円	837円
	要介護2	2,900円	290円	580円	870円
	要介護3	2,990円	299円	598円	897円
	要介護4	3,090円	309円	618円	927円
	要介護5	3,190円	319円	638円	957円

所 要 時 間 (1回あたり)	ご利用者様の 要 介 護 度	通 所 介 護 費			
		基本利用料 ※注1 参照	利 用 者 負 担 額		
			(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)
5時間以上 6時間未満	要 支 援 1	4, 1 2 0 円	4 1 2 円	8 2 4 円	1 2 3 6
	要 支 援 2	4, 3 5 0 円	4 3 5 円	8 7 0 円	1 3 0 5
	要 介 護 1	4, 4 5 0 円	4 4 5 円	8 9 0 円	1 3 3 5 円
	要 介 護 2	4, 6 0 0 円	4 6 0 円	9 2 0 円	1 3 8 0 円
	要 介 護 3	4, 7 7 0 円	4 7 7 円	9 5 4 円	1 4 3 1 円
	要 介 護 4	4, 9 3 0 円	4 9 3 円	9 8 6 円	1 4 7 9 円
	要 介 護 5	5, 1 0 0 円	5 1 0 円	1, 0 2 0 円	1 5 3 0 円
6時間以上 7時間未満	要 支 援 1	4, 2 3 0 円	4 2 3 円	8 4 6 円	1 2 6 9
	要 支 援 2	4, 4 6 0 円	4 4 6 円	8 9 2 円	1 3 3 8
	要 介 護 1	4, 5 7 0 円	4 5 7 円	9 1 4 円	1 3 7 1 円
	要 介 護 2	4, 7 2 0 円	4 7 2 円	9 4 4 円	1 4 1 6 円
	要 介 護 3	4, 8 9 0 円	4 8 9 円	9 7 8 円	1 4 6 7 円
	要 介 護 4	5, 0 6 0 円	5 0 6 円	1, 0 1 2 円	1 5 1 8 円
	要 介 護 5	5, 2 2 0 円	5 2 2 円	1, 0 4 4 円	1 5 6 6 円
7時間以上 8時間未満	要 支 援 1	4, 8 3 0 円	4 8 3 円	9 6 6 円	1 4 4 9
	要 支 援 2	5, 1 2 0 円	5 1 2 円	1, 0 2 4 円	1 5 3 6
	要 介 護 1	5, 2 3 0 円	5 2 3 円	1, 0 4 6 円	1 5 6 9 円
	要 介 護 2	5, 4 2 0 円	5 4 2 円	1, 0 8 4 円	1 6 2 6 円

	要 介 護 3	5, 6 0 0 円	5 6 0 円	1, 1 2 0 円	1 6 8 0 円
	要 介 護 4	5, 7 8 0 円	5 7 8 円	1, 1 5 6 円	1 7 3 4 円
	要 介 護 5	5, 9 8 0 円	5 9 8 円	1, 1 9 6 円	1 7 9 4 円
8 時間以上	要 支 援 1	4, 9 9 0 円	4 9 9 円	9 9 8 円	1 4 9 7
	要 支 援 2	5, 2 8 0 円	5 2 8 円	1, 0 5 6 円	1 5 8 4
	要 介 護 1	5, 4 0 0 円	5 4 0 円	1, 0 8 0 円	1 6 2 0 円
	要 介 護 2	5, 5 9 0 円	5 5 9 円	1, 1 1 8 円	1 6 7 7 円
	要 介 護 3	5, 7 8 0 円	5 7 8 円	1, 1 5 6 円	1 7 3 4 円
	要 介 護 4	5, 9 7 0 円	5 9 7 円	1, 1 9 4 円	1 7 9 1 円
	要 介 護 5	6, 1 8 0 円	6 1 8 円	1, 2 3 6 円	1 8 5 4 円

上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてのサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担していただくこととなりますのでご注意ください。

《適応時のみ必要な各種加算・減算》

加算の種類		加算の要件	加 算 額			
			基本利用料 ※注1 参照	利 用 者 負 担 額		
				(1 割負担)	(2 割負担)	(3 割負担)
入浴介助加算	I	利用者の入浴介助を行った場合 (1日につき)	4 0 0 円	4 0 円	8 0 円	1 2 0 円
	II		5 5 0 円	5 5 円	1 1 0 円	1 6 5 円
個別機能訓練 加算	I	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合(1日につき)	2 7 0 円	2 7 円	5 4 円	8 1 円
	II		2 0 0 円	2 0 円	4 0 円	6 0 円
サービス提供体制強化加算 I		当該加算の算定要件を満たす場合	2 2 単位			
サービス提供体制強化加算 II		当該加算の算定要件を満たす場合	1 8 単位			
サービス提供体制強化加算 III		当該加算の算定要件を満たす場合	6 単位			

介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	I	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 181 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	II	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 174 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	III	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 150 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	IV	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 122 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V①	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 158 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V②	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 153 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V③	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 151 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V④	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 146 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑤	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 130 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑥	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 123 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑦	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 119 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑧	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 127 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑨	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 112 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑩	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 96 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑪	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 99 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑫	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 89 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑬	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 88 / 1000 単位数
介護職員等処遇改善 加算 ※注 2	V⑭	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の 65 / 1000 単位数

※注 1 当該加算の体制・人材要件を満たす場合。

※注 2 当該加算の算定要件を満たす場合であり、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減 算 額		
		基本利用料 ※注 1 参照	利 用 者 負 担 額	
			(1 割負担)	(2 割負担)
送迎を行わない 場 合 の 減 算	利用者に対して、その居宅と指定通 所介護事業所との間の送迎を行わな い場合（片道につき）	4 7 0 円	4 7 円	9 4 円

(3) 介護保険給付対象外サービスの内容及び利用料

食費（実費）	食事の提供を受けた場合	1回につき 580円
おやつ代	おやつを提供を受けた場合	1回につき 50円
おむつ代（テープ止め、リハパン等）	おむつの提供を受けた場合	200円
パット代	パットの提供を受けた場合	50円
指定地域外からご利用の場合の交通費	指定地域を超えた地点から1キロメートル当たり 100円	
キャンセル料	当事業所は、利用者都合でサービス提供をキャンセルした場合は、提供予定日の3日以内のキャンセルについては食材費として580円をいただきます。	
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品など）について、費用の実費をいただきます。	

8 利用料等のお支払い方法

☐ 振込口座	広島銀行 福山野上支店 普通 社会福祉法人宏正会 理事長 岡崎 正典 特養
☐ 自動引落	毎月27日に自動で引き落とされます

※ 自動引落の場合は、希望される方のみ領収書を発行させていただきます。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所の相談窓口	窓口責任者	事業所管理者
	受付時間	月曜日～金曜日の10時～16時
	電話番号	084-967-5851
	FAX 番号	084-967-5951
	（苦情箱）	玄関ホールに設置

行政機関その他苦情受付機関

福山市市役所介護保険課相談窓口	受付時間	8:30～17:15
	電話番号	084-928-1166
広島県国民健康保険団体連合会	受付時間	9:00～17:15
	電話番号	082-554-0783

10 非常災害時の対策

非常時の対応	認知症対応型通所介護の提供中に天災、その他災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。			
非難誘導及び防火設備	設備名称	個数等	設備名称	個数
	スプリンクラー	消防基準に適合数	防火扉・シャッター	0
	自動火災報知器	消防基準に適合数	消火器	5
	誘導灯	消防基準に適合数		

消防計画	防災計画に基づき、年２回以上、避難・救出訓練を行います。
	防火管理者

1 1 協力医療機関

医療機関	病院名	かめだファミリークリニック
	所在地	福山市神辺町新湯野 41-5
	電話番号	084-966-3406
	診療科	内科
	入院設備	なし
	病院名	
	所在地	
	電話番号	
	診療科	
	入院設備	
	歯科病院名	医療法人社団碧雄会 おきとう歯科クリニック
	所在地	福山市神辺町新徳田 3 丁目 4 9 5
	電話番号	084-962-5511

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定します。
- (2) 虐待防止のための指針の整備を行っていきます。
- (3) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) サービス提供中に、当事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

9 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、事業者として、身体拘束をなくしていくための取組を積極的に行います。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 0 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、速やかに下記の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。

[illegible]

12 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、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損保ジャパン
保 険 名	賠償責任保険

1.4 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 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。

1.5 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

16 衛生管理等

- (1) 指定（介護予防）認知症対応型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

2023年7月1日より施行

年 月 日

重要事項説明者	氏 名	印
---------	-----	---

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

本人との続柄 _____

※ 原則として扶養者とします。