

# 重要事項説明書

(指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所 サンケア高岡北)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、介護保険法令に基づき、当事業者があなたに説明すべく事項は次のとおりです。

## 1. 事業者

|       |               |
|-------|---------------|
| 法人の名称 | 社会福祉法人 新湊福祉会  |
| 法人所在地 | 富山県射水市殿村136番地 |
| 法人種別  | 社会福祉法人        |
| 代表者氏名 | 理事長 片岡 泰人     |
| 電話番号  | 0766-30-2389  |
| FAX番号 | 0766-30-2309  |

## 2. ご利用施設

|            |                                    |
|------------|------------------------------------|
| 施設の名称      | サンケア高岡北                            |
| 施設所在地      | 富山県高岡市長江464番地1                     |
| 管理者氏名      | 小島 倫子                              |
| 電話番号       | 0766-54-0352                       |
| FAX番号      | 0766-53-5669                       |
| サービス提供実施地域 | 高岡市 (左記以外の地域の方は当事業所のサービスを利用できません。) |

## 3. ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類                | 富山県・高岡市事業者指定 |            | 利用定員           |
|----------------------|--------------|------------|----------------|
|                      | 指定年月日        | 指定番号       |                |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 平成27年6月1日    | 1690200629 | 29人            |
| 短期入所生活介護             | 平成27年6月1日    | 1670202306 | 29人            |
| 介護予防短期入所生活介護         | 平成27年6月1日    | 1670202306 | 29人<br>(介護に含む) |
| 小規模多機能型居宅介護          | 平成27年6月1日    | 1690200603 | 25人            |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | 平成27年6月1日    | 1690200603 | 29人<br>(介護に含む) |
| 通所介護                 | 平成27年6月1日    | 1670202314 | 25人            |
| 介護予防通所介護             | 平成27年6月1日    | 1670202314 | 29人<br>(介護に含む) |
| 第1号通所事業              | 平成29年4月1日    | 1670202314 | 6人             |
| 認知症対応型通所介護           | 平成27年6月1日    | 1690200611 | 12人            |
| 介護予防認知症対応型通所介護       | 平成27年6月1日    | 1690200611 | 12人<br>(介護に含む) |
| 居宅介護支援               | 平成27年6月1日    | 1670202348 | -              |

## 4. 事業の目的と運営の方針

|            |   |
|------------|---|
| 事業目的及び運営方針 | 要介護状態となった場合においても、その認知症である利用者が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、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、利用者の社会的孤独感の解消及び心身の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ものである。 |
|------------|---|

## 5. 施設の概要

### (1) 敷地および建物

|      |                         |                         |
|------|-------------------------|-------------------------|
| 敷地   | 4,570.92 m <sup>2</sup> |                         |
| 建物   | 構造                      | 鉄骨造3階建て                 |
|      | 延べ床面積                   | 2,877.11 m <sup>2</sup> |
| 利用定員 | 12名                     |                         |

### (2) 主な設備

| 設備の種類 | 概要                                   | 備考 |
|-------|--------------------------------------|----|
| 食堂    | テーブル、椅子等日常生活を営む場所として必要な設備・備品を揃えています。 |    |
| 機能訓練室 | 機能訓練を行うために必要な器具を設置しております。            |    |
| 相談室   | 1箇所準備しております。                         |    |
| 一般浴室  | 男湯、女湯と2箇所大浴場（天然温泉）を設置しております。         |    |
| 静養室   | ベット2台設置しております。                       |    |
| 便所    | 2箇所設置しております。車椅子対応可能。                 |    |
| 洗面所   | 2箇所設置しております。                         |    |

## 6. 職員体制

| 従業者の職種  | 人数 | 常勤 |    | 非常勤 |    | 保有資格  |
|---------|----|----|----|-----|----|---|
|         |    | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |   |
| 管理者     | 1  |    | 1  |     |    | 介護福祉士、認知症ケア指導管理士、社会福祉主事任用資格<br>認知症介護実践研修(実践者研修)修了 |
| 生活相談員   | 2  |    | 1  |     |    | 介護福祉士<br>認知症介護実践研修(実践者研修)修了                       |
| 看護職員    | 1  |    |    | 1   |    | 正看護師  |
| 介護職員    | 7  | 2  | 1  | 4   |    | 介護福祉士、介護職員初任者研修、実務者研修                             |
| 機能訓練指導員 | 1  | 1  |    |     |    | 理学療法士   |

## 7. 営業日および受付時間

|          |                                       |
|----------|---------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日～土曜日（祝日は営業しております。1月1日、2日は休業と致します。） |
| 営業（受付）時間 | 8時00分～17時00分                          |
| サービス提供時間 | 9時00分～16時00分（ご希望に合わせて変更可能です。）         |

## 8. 利用者負担金

利用者負担金は、次の2種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担(負担割合証による) (費用全体の1割/2割)
- ② 厚生労働省令で定められた「その他の費用」 (全額、自己負担)

### (1) 介護保険給付サービス 1割負担の方

#### 《認知症対応型通所介護》

#### ① 認知症対応型通所介護費(Ⅱ)

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金  | 自己負担額   |
|------|----------|----------|---------|
| 要介護1 | 7~8 時間   | 8,940 円  | 894 円   |
| 要介護2 | 7~8 時間   | 9,890 円  | 989 円   |
| 要介護3 | 7~8 時間   | 10,860 円 | 1,086 円 |
| 要介護4 | 7~8 時間   | 11,830 円 | 1,183 円 |
| 要介護5 | 7~8 時間   | 12,780 円 | 1,278 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金  | 自己負担額   |
|------|----------|----------|---------|
| 要介護1 | 6~7 時間   | 7,900 円  | 790 円   |
| 要介護2 | 6~7 時間   | 8,760 円  | 876 円   |
| 要介護3 | 6~7 時間   | 9,600 円  | 960 円   |
| 要介護4 | 6~7 時間   | 10,420 円 | 1,042 円 |
| 要介護5 | 6~7 時間   | 11,270 円 | 1,127 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金  | 自己負担額   |
|------|----------|----------|---------|
| 要介護1 | 5~6 時間   | 7,710 円  | 771 円   |
| 要介護2 | 5~6 時間   | 8,540 円  | 854 円   |
| 要介護3 | 5~6 時間   | 9,360 円  | 936 円   |
| 要介護4 | 5~6 時間   | 10,160 円 | 1,016 円 |
| 要介護5 | 5~6 時間   | 10,990 円 | 1,099 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額 |
|------|----------|---------|-------|
| 要介護1 | 4~5 時間   | 5,150 円 | 515 円 |
| 要介護2 | 4~5 時間   | 5,660 円 | 566 円 |
| 要介護3 | 4~5 時間   | 6,180 円 | 618 円 |
| 要介護4 | 4~5 時間   | 6,690 円 | 669 円 |
| 要介護5 | 4~5 時間   | 7,200 円 | 720 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額 |
|------|----------|---------|-------|
| 要介護1 | 3~4 時間   | 4,910 円 | 491 円 |
| 要介護2 | 3~4 時間   | 5,410 円 | 541 円 |
| 要介護3 | 3~4 時間   | 5,890 円 | 589 円 |
| 要介護4 | 3~4 時間   | 6,390 円 | 639 円 |
| 要介護5 | 3~4 時間   | 6,880 円 | 688 円 |

|                           |                 |               |        |
|---------------------------|-----------------|---------------|--------|
| ② 入浴介助加算                  | 400 円           |               |        |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>40</u>     | 円/回です。 |
| ③ 個別機能訓練加算                | 270 円           |               |        |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>27</u>     | 円/回です。 |
| ④ 認知症対応型通所介護送迎減算（片道1回あたり） | -470 円          |               |        |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>-47</u>    | 円/回です。 |
| ⑤ 若年性認知症利用者受入加算           | 600 円           |               |        |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>60</u>     | 円/日です。 |
| ⑥ 栄養改善加算（3ヵ月以内、1月2回まで）    | 1,500 円         |               |        |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>150</u>    | 円/回です。 |
| ⑦ 口腔機能向上加算（3ヵ月以内、1月2回まで）  | 1,500 円         |               |        |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>150</u>    | 円/回です。 |
| ⑧ 栄養スクリーニング加算（6ヵ月に1回を限度）  | 50 円            |               |        |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>5</u>      | 円/回です。 |
| ⑨ 生活機能向上連携加算              | 2,000 円         |               |        |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>200</u>    | 円/月です。 |
| ⑩ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）           | 17.4%           | （月額合計単位数より算出） |        |

《介護予防認知症対応型通所介護》

① 介護予防認知症対応型通所介護費II

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額 |
|-------|----------|---------|-------|
| 要支援 1 | 7~8 時間   | 7,730 円 | 773 円 |
| 要支援 2 | 7~8 時間   | 8,640 円 | 864 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額 |
|-------|----------|---------|-------|
| 要支援 1 | 6~7 時間   | 6,840 円 | 684 円 |
| 要支援 2 | 6~7 時間   | 7,620 円 | 762 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額 |
|-------|----------|---------|-------|
| 要支援 1 | 5~6 時間   | 6,670 円 | 667 円 |
| 要支援 2 | 5~6 時間   | 7,430 円 | 743 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額 |
|-------|----------|---------|-------|
| 要支援 1 | 4~5 時間   | 4,490 円 | 449 円 |
| 要支援 2 | 4~5 時間   | 4,980 円 | 498 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額 |
|-------|----------|---------|-------|
| 要支援 1 | 3~4 時間   | 4,290 円 | 429 円 |
| 要支援 2 | 3~4 時間   | 4,760 円 | 476 円 |

- ② 入浴介助加算 400 円  
ただし介護保険での自己負担額は 40 円/回です。
- ③ 個別機能訓練加算 270 円  
ただし介護保険での自己負担額は 27 円/回です。
- ④ 認知症対応型通所介護送迎減算（片道1回あたり） -470 円  
ただし介護保険での自己負担額は -47 円/回です。
- ⑤ 若年性認知症利用者受入加算 600 円  
ただし介護保険での自己負担額は 60 円/日です。
- ⑥ 栄養改善加算（3ヵ月以内、1月2回まで） 1,500 円  
ただし介護保険での自己負担額は 150 円/月です。
- ⑦ 口腔機能向上加算（3ヵ月以内、1月2回まで） 1,500 円  
ただし介護保険での自己負担額は 150 円/月です。
- ⑧ 栄養スクリーニング加算（6ヵ月に1回を限度） 50 円  
ただし介護保険での自己負担額は 5 円/回です。
- ⑨ 生活機能向上連携加算 2,000 円  
ただし介護保険での自己負担額は 200 円/月です。
- ⑩ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 17.4%（月額合計単位数より算出）

(1) 介護保険給付サービス 2割負担の方

《認知症対応型通所介護》

① 認知症対応型通所介護費 (Ⅱ)

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金  | 自己負担額   |
|------|----------|----------|---------|
| 要介護1 | 7～8 時間   | 8,940 円  | 1,788 円 |
| 要介護2 | 7～8 時間   | 9,890 円  | 1,978 円 |
| 要介護3 | 7～8 時間   | 10,860 円 | 2,172 円 |
| 要介護4 | 7～8 時間   | 11,830 円 | 2,366 円 |
| 要介護5 | 7～8 時間   | 12,780 円 | 2,556 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金  | 自己負担額   |
|------|----------|----------|---------|
| 要介護1 | 6～7 時間   | 7,900 円  | 1,580 円 |
| 要介護2 | 6～7 時間   | 8,760 円  | 1,752 円 |
| 要介護3 | 6～7 時間   | 9,600 円  | 1,920 円 |
| 要介護4 | 6～7 時間   | 10,420 円 | 2,084 円 |
| 要介護5 | 6～7 時間   | 11,270 円 | 2,254 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金  | 自己負担額   |
|------|----------|----------|---------|
| 要介護1 | 5～6 時間   | 7,710 円  | 1,542 円 |
| 要介護2 | 5～6 時間   | 8,540 円  | 1,708 円 |
| 要介護3 | 5～6 時間   | 9,360 円  | 1,872 円 |
| 要介護4 | 5～6 時間   | 10,160 円 | 2,032 円 |
| 要介護5 | 5～6 時間   | 10,990 円 | 2,198 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|------|----------|---------|---------|
| 要介護1 | 4～5 時間   | 5,150 円 | 1,030 円 |
| 要介護2 | 4～5 時間   | 5,660 円 | 1,132 円 |
| 要介護3 | 4～5 時間   | 6,180 円 | 1,236 円 |
| 要介護4 | 4～5 時間   | 6,690 円 | 1,338 円 |
| 要介護5 | 4～5 時間   | 7,200 円 | 1,440 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|------|----------|---------|---------|
| 要介護1 | 3～4 時間   | 4,910 円 | 982 円   |
| 要介護2 | 3～4 時間   | 5,410 円 | 1,082 円 |
| 要介護3 | 3～4 時間   | 5,890 円 | 1,178 円 |
| 要介護4 | 3～4 時間   | 6,390 円 | 1,278 円 |
| 要介護5 | 3～4 時間   | 6,880 円 | 1,376 円 |

- ② 入浴介助加算 400 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 80 円/回です。
- ③ 個別機能訓練加算 270 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 54 円/回です。
- ④ 認知症対応型通所介護送迎減算 (片道1回あたり) -470 円  
 ただし介護保険での自己負担額は -94 円/回です。
- ⑤ 若年性認知症利用者受入加算 600 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 120 円/日です。
- ⑥ 栄養改善加算 (3ヵ月以内、1月2回まで) 1,500 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 300 円/回です。

- ⑦ 口腔機能向上加算（3ヵ月以内、1月2回まで） 1,500 円  
ただし介護保険での自己負担額は 300 円／回です。
- ⑧ 栄養スクリーニング加算（6ヵ月に1回を限度） 50 円  
ただし介護保険での自己負担額は 10 円／回です。
- ⑨ 生活機能向上連携加算 2,000 円  
ただし介護保険での自己負担額は 400 円／月です。
- ⑩ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 17.4%（月額合計単位数より算出）

《介護予防認知症対応型通所介護》

① 介護予防認知症対応型通所介護費（II）

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|-------|----------|---------|---------|
| 要支援 1 | 7～8 時間   | 7,730 円 | 1,546 円 |
| 要支援 2 | 7～8 時間   | 8,640 円 | 1,728 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|-------|----------|---------|---------|
| 要支援 1 | 6～7 時間   | 6,840 円 | 1,368 円 |
| 要支援 2 | 6～7 時間   | 7,620 円 | 1,524 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|-------|----------|---------|---------|
| 要支援 1 | 5～6 時間   | 6,670 円 | 1,334 円 |
| 要支援 2 | 5～6 時間   | 7,430 円 | 1,486 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額 |
|-------|----------|---------|-------|
| 要支援 1 | 4～5 時間   | 4,490 円 | 898 円 |
| 要支援 2 | 4～5 時間   | 4,980 円 | 996 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額 |
|-------|----------|---------|-------|
| 要支援 1 | 3～4 時間   | 4,290 円 | 858 円 |
| 要支援 2 | 3～4 時間   | 4,760 円 | 952 円 |

② 入浴介助加算 400 円  
ただし介護保険での自己負担額は 80 円/回です。

③ 個別機能訓練加算 270 円  
ただし介護保険での自己負担額は 54 円/回です。

④ 認知症対応型通所介護送迎減算（片道1回あたり） -470 円  
ただし介護保険での自己負担額は -94 円/回です。

⑤ 若年性認知症利用者受入加算 600 円  
ただし介護保険での自己負担額は 120 円/日です。

⑥ 栄養改善加算（3ヵ月以内、1月2回まで） 1,500 円  
ただし介護保険での自己負担額は 300 円/月です。

⑦ 口腔機能向上加算（3ヵ月以内、1月2回まで） 1,500 円  
ただし介護保険での自己負担額は 300 円/月です。

⑧ 栄養スクリーニング加算（6ヵ月に1回を限度） 50 円  
ただし介護保険での自己負担額は 10 円/回です。

⑨ 生活機能向上連携加算 2,000 円  
ただし介護保険での自己負担額は 400 円/月です。

⑩ 介護職員処遇改善加算（II） 17.4%（月額合計単位数より算出）

(1) 介護保険給付サービス 3割負担の方

《認知症対応型通所介護》

① 認知症対応型通所介護費 (II)

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金  | 自己負担額   |
|------|----------|----------|---------|
| 要介護1 | 7~8 時間   | 8,940 円  | 2,682 円 |
| 要介護2 | 7~8 時間   | 9,890 円  | 2,967 円 |
| 要介護3 | 7~8 時間   | 10,860 円 | 3,258 円 |
| 要介護4 | 7~8 時間   | 11,830 円 | 3,549 円 |
| 要介護5 | 7~8 時間   | 12,780 円 | 3,834 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金  | 自己負担額   |
|------|----------|----------|---------|
| 要介護1 | 6~7 時間   | 7,900 円  | 2,370 円 |
| 要介護2 | 6~7 時間   | 8,760 円  | 2,628 円 |
| 要介護3 | 6~7 時間   | 9,600 円  | 2,880 円 |
| 要介護4 | 6~7 時間   | 10,420 円 | 3,126 円 |
| 要介護5 | 6~7 時間   | 11,270 円 | 3,381 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金  | 自己負担額   |
|------|----------|----------|---------|
| 要介護1 | 5~6 時間   | 7,710 円  | 2,313 円 |
| 要介護2 | 5~6 時間   | 8,540 円  | 2,562 円 |
| 要介護3 | 5~6 時間   | 9,360 円  | 2,808 円 |
| 要介護4 | 5~6 時間   | 10,160 円 | 3,048 円 |
| 要介護5 | 5~6 時間   | 10,990 円 | 3,297 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|------|----------|---------|---------|
| 要介護1 | 4~5 時間   | 5,150 円 | 1,545 円 |
| 要介護2 | 4~5 時間   | 5,660 円 | 1,698 円 |
| 要介護3 | 4~5 時間   | 6,180 円 | 1,854 円 |
| 要介護4 | 4~5 時間   | 6,690 円 | 2,007 円 |
| 要介護5 | 4~5 時間   | 7,200 円 | 2,160 円 |

|      | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|------|----------|---------|---------|
| 要介護1 | 3~4 時間   | 4,910 円 | 1,473 円 |
| 要介護2 | 3~4 時間   | 5,410 円 | 1,623 円 |
| 要介護3 | 3~4 時間   | 5,890 円 | 1,767 円 |
| 要介護4 | 3~4 時間   | 6,390 円 | 1,917 円 |
| 要介護5 | 3~4 時間   | 6,880 円 | 2,064 円 |

- |                           |                 |                    |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| ② 入浴介助加算                  | 400 円           |                    |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>120</u> 円/回です。  |
| ③ 個別機能訓練加算                | 270 円           |                    |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>81</u> 円/回です。   |
| ④ 認知症対応型通所介護送迎減算（片道1回あたり） | -470 円          |                    |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>-141</u> 円/回です。 |
| ⑤ 若年性認知症利用者受入加算           | 600 円           |                    |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>180</u> 円/日です。  |
| ⑥ 栄養改善加算（3ヵ月以内、1月2回まで）    | 1,500 円         |                    |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>450</u> 円/回です。  |
| ⑦ 口腔機能向上加算（3ヵ月以内、1月2回まで）  | 1,500 円         |                    |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>450</u> 円/回です。  |
| ⑧ 栄養スクリーニング加算（6ヵ月に1回を限度）  | 50 円            |                    |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>15</u> 円/回です。   |
| ⑨ 生活機能向上連携加算              | 2,000 円         |                    |
|                           | ただし介護保険での自己負担額は | <u>600</u> 円/月です。  |
| ⑩ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）           | 17.4%           | （月額合計単位数より算出）      |

《介護予防認知症対応型通所介護》

① 介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅰ）

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|-------|----------|---------|---------|
| 要支援 1 | 7～8 時間   | 7,730 円 | 2,319 円 |
| 要支援 2 | 7～8 時間   | 8,640 円 | 2,592 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|-------|----------|---------|---------|
| 要支援 1 | 6～7 時間   | 6,840 円 | 2,052 円 |
| 要支援 2 | 6～7 時間   | 7,620 円 | 2,286 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|-------|----------|---------|---------|
| 要支援 1 | 5～6 時間   | 6,670 円 | 2,001 円 |
| 要支援 2 | 5～6 時間   | 7,430 円 | 2,229 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|-------|----------|---------|---------|
| 要支援 1 | 4～5 時間   | 4,490 円 | 1,347 円 |
| 要支援 2 | 4～5 時間   | 4,980 円 | 1,494 円 |

|       | サービス提供時間 | 1日の利用料金 | 自己負担額   |
|-------|----------|---------|---------|
| 要支援 1 | 3～4 時間   | 4,290 円 | 1,287 円 |
| 要支援 2 | 3～4 時間   | 4,760 円 | 1,428 円 |

- ② 入浴介助加算 400 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 120 円/回です。
- ③ 口腔機能向上加算（3ヵ月以内、1月2回まで） 270 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 81 円/回です。
- ④ 認知症対応型通所介護送迎減算（片道1回あたり） -470 円  
 ただし介護保険での自己負担額は -141 円/回です。
- ⑤ 若年性認知症利用者受入加算 600 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 180 円/日です。
- ⑥ 栄養改善加算（3ヵ月以内、1月2回まで） 1,500 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 450 円/月です。
- ⑦ 口腔機能向上加算（3ヵ月以内、1月2回まで） 1,500 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 450 円/月です。
- ⑧ 栄養スクリーニング加算（6ヵ月に1回を限度） 50 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 15 円/回です。
- ⑨ 生活機能向上連携加算 2,000 円  
 ただし介護保険での自己負担額は 600 円/月です。
- ⑩ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 17.4%（月額合計単位数より算出）

(3) 介護保険給付外サービス

|                                     |              |     |     |         |
|-------------------------------------|--------------|-----|-----|---------|
| ① 食費                                | 朝食（モーニングセット） | 200 | 円／食 | （希望者のみ） |
|                                     | 昼食（おやつ込み）    | 650 | 円／食 |         |
| ② おむつ代                              | 紙おむつ         | 100 | 円／枚 |         |
|                                     | 紙パンツ         | 100 | 円／枚 |         |
|                                     | パット          | 50  | 円／枚 |         |
| ③ 洗濯サービス                            | 洗濯 乾燥        | 200 | 円／回 | （希望者のみ） |
| ※ ご希望の方には、施設ご利用中に洗濯洗い清潔に整えお返しいたします。 |              |     |     |         |
| ③ 教育娯楽費                             | 自費           |     |     |         |
| ※必要時は事前にご案内させていただきます。               |              |     |     |         |

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員からの説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）。

※ 理容代金等は施設にて一度、負担し利用料金とあわせて請求致します。

## 9. 認知症対応型通所介護サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類         | 内 容   |
|-------------|---|
| 食 事         | 管理栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。食材料費については給付対象外です。 |
| 入 浴         | 必要な方は職員が介助いたします。ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、シャワー浴、機械による または清拭を行います。                  |
| 排 泄         | ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。                               |
| 口 腔 ケ ア     | 口腔内の清潔保持のため、毎食後ご利用者に応じた口腔ケアを実施いたします。必要な方は職員が介助いたします。                          |
| 整 容         | 更衣及び整容の援助を、ご利用者の心身の状況に応じて行います。  |
| 機 能 訓 練     | ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより、身体機能低下を防止するように努めます。また、体操・レク活動・行事を通じて、健康維持・増進に努めます。   |
| 健 康 管 理     | 入浴前に看護職員又は介護職員が健康状態を確認いたします。利用時間中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。     |
| 相 談 及 び 援 助 | ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。                           |
| 送 迎         | 身体状況など一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付送迎車などで送迎を行います。ご家族による送迎も可能です。              |

(2) 介護給付外サービス

| 種 類       | 内 容                             |
|-----------|---------------------------------|
| 食 材 の 提 供 | 新鮮で良質な食材を提供いたします。               |
| レクレーション行事 | 行事計画に基づき、各種行事やレクリエーションを提供いたします。 |

10. 利用料金のお支払い方法

|  |
|--|
| <p>毎月15日前後に前月分の利用料金等をご請求致します。お支払いは毎月22日に原則としてご指定の金融機関から自動引き落としさせていただきます。ご指定の金融機関より自動引き落としができなかった場合はお振り込みでお支払いいただきますようお願い致します。事業所窓口での現金支払いはご遠慮下さい。</p> <p>お振り込み先（振込み手数料はご負担ください。）<br/>※ ご利用者のお名前でお振込みをお願い致します。<br/>口座名 社会福祉法人新湊福祉会 理事長 片岡泰人<br/>富山銀行 新湊支店 (普通) 3006746</p> <p>お支払いを確認いたしましたら、お支払いの翌月に領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。</p> |
|--|

11. サービス利用の中止

ご利用者・ご家族のご都合でサービスを中止する場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承ください。

|        |              |
|--------|--------------|
| キャンセル料 | 食費相当額 (650円) |
|--------|--------------|

12. 苦情・ご相談等の窓口

サービスに関する苦情・ご相談については、次の窓口で対応致します。

|          |  |
|----------|--|
| ① 当施設相談室 | 苦情受付担当者 (生活相談員 小島 倫子)<br>苦情解決責任者 (管理者 小島 倫子)<br>ご利用時間 月曜日～日曜日 8時00分～17時00分<br>ご利用方法 電 話 0766-54-0352<br>F A X 0766-53-5669<br>直接ご面談などによる |
|----------|--|

次の公的機関においても苦情申立ができます。

|           |   |
|-----------|---|
| ② 公 的 機 関 | 高岡市役所 高齢介護課<br>住所：高岡市広小路7番50号<br>T E L : 0766-20-1365                               |
|           | 富山県国民健康保険団体連合会 介護保険係苦情相談窓口<br>住所：富山市下野豆田995番地の3 (富山県市町村会館内)<br>T E L : 076-431-9833 |
|           | 富山県福祉サービス 運営適正化委員会<br>住所：富山市安住町5-21 (サンシップとやま2階)<br>T E L : 076-432-3280            |

### 13. 非常災害時の対策

|        |  |
|--------|--|
| 非常時の対応 | 別途定める『サンケア高岡北消防計画』に基づき、対応いたします。        |
| 平常時の訓練 | 別途定める『サンケア高岡北消防計画』に基づき年2回以上、避難訓練を行います。 |
| 防火設備   | 非常警報設備、スプリンクラー設備、非常用照明、誘導灯、消火器         |

### 14. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、ご家族、主治医や医療機関、居宅介護支援事業所等に連絡する等、必要な措置を講じます。

緊急時の連絡先については別紙「緊急連絡先（搬送先）」に基づき、対応致します。

### 15. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲においてご利用者に対してその損害を賠償します。

※事故発生時の対応

- 1 事業者は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、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共に、必要な措置を講ずる。
- 2 事業者は前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しておく。
- 3 事業者は、利用者に対するサービスの提供により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う。

### 16. 秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得たご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができますものとしします。

事業者は、ご利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとしします。

### 17. 指定（介護予防）認知症対応型通所介護計画の作成について

居宅サービス計画の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、指定（介護予防）認知症対応型通所介護計画書を作成します。

指定（介護予防）認知症対応型通所介護計画書の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はそのご家族に対してご説明し、同意を得るとともに指定（介護予防）認知症対応型通所介護計画書を交付致します。

### 18. 運営推進会議の開催について

当事業所では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ご報告すると共に、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記の通り運営推進会議を設置しております。

《運営推進会議》

|     |  |
|-----|--|
| 構成  | ご利用者、ご利用者のご家族、地域住民の代表者、市の職員又は地域包括支援センター職員、当事業所職員 |
| 開催  | 6か月に1回以上   |
| 会議録 | 評価、要望、助言等について記録します。                              |

#### 19. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

|            |   |
|------------|---|
| 設備 ・ 器具の利用 | 施設内の居室や設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。<br>1階正面玄関、各階エレベーターは電子ロックになっています。 |
| 喫煙 ・ 飲酒    | 喫煙は施設内の決められた場所以外ではお断りします。<br>飲酒は原則的にご遠慮願います。  |
| 迷惑行為等      | 騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。   |
| 現金等の管理     | 基本的に個人で管理していただきます。  |
| 宗教活動・政治活動  | 施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。  |
| その他        | 利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。<br>飲食物の持ち込みはご遠慮願います。<br>営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。                         |

#### 19 ・虐待防止について

当施設ではご利用者の人権擁護・虐待防止等のため指針を整備し、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対して虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- ① 虐待に関する通報を受けた場合及び虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は事実確認を行ったうえで速やかに高岡市に通報します。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会及び研修会を行うとともに、その内容を職員に周知徹底します。
- ③ 虐待防止責任者：施設長 池田光利

#### 20 ・業務継続に向けた取り組み(BCP)について

当施設では感染症や非常災害の発生時において、入居者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該継続計画に従って必要な措置を講じます。

- ① 職員に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- ② 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会及び研修会を行うとともに、その内容を職員に周知徹底します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

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。

指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所 サンケア高岡北

説明者職名 生活相談員 氏名 小島 倫子

私は、本書面に基づいて事業所から、重要事項の説明を受け、指定（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。

ご利用者 住所

氏名

ご契約者 住所

氏名

続柄

