

居宅サービス重要事項説明書別紙2

認知症対応型通所介護サービス重要事項説明書 (介護予防含む)

1. 【利用者に認知症対応型通所介護サービス提供を担当する事業所について】

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	宅老所 ふらっと
事業所の所在地	〒679-3403 兵庫県朝来市立脇4番地1
連絡先	電話番号 079-677-1114 FAX番号 079-666-8411
管理者氏名	施設長 藤本千里
事業所の指定番号	朝来市指定第 2894900022 号
事業開始時期	平成19年4月1日
通常の事業実施地域	朝来市の一部（旧朝来町の区域）

(2) サービスの提供日および提供時間帯

①サービス提供日	月曜日～金曜日 (日曜日及び12月31日から翌年の1月3日は除く)
②サービス提供時間	9時30分から16時00分

(3) 事業所の施設の概要

①建物構造	木造平屋建
②敷地面積	846.24㎡
③建物面積	建築面積210.50㎡
④機能訓練室面積	48㎡
⑤浴室の面積	一般浴室4.0㎡
⑥利用定員	認知症対応型通所介護 9名

(4) 最寄りの交通機関

①最寄りの交通機関	全但バス 朝来中学校前
②距離および所要時間	150m 徒歩5分

(5) 送迎について

①送迎用車両	2台
②送迎の範囲	朝来市旧朝来町の区域以外でも、利用の希望があれば相談のうえ対応いたします。

(6) 事業の目的および運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持・向上並びにそのご家族の身体的、精神的負担の軽減を図るため、要介護状態にある認知症高齢者に対し、適正な指定認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。
事業の方針	(a) 利用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、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴、排せつ、食事の介護等日常生活上必要な援助と機能訓練を行う。 (b) 事業の実施に当たっては、地域住民、関係市町、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する。

2. 【当事業所の職員体制について】

職 種	職務の内容
管理者（施設長）	事業運営・職員管理を行う
生活相談員	日常生活上の相談等
看護職員	健康管理・療養上の世話等
介護職員	認知症対応型通所介護の提供
機能訓練指導員	機能訓練の提供
運転員	通所介護における送迎

◇法令に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準に遵守しています。

3. 【サービスの概要について】

当事業所において食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

(1) 健康チェック

① 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

(2) 入浴

① 入浴の見守りまたは介助を行います。

(3) 食事

① 食事の提供及び食事の介助を行います。

(4) 機能回復訓練

① 機能訓練指導員（看護職員を含む）が、利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るうえで必要な身体機能の向上・回復、または減退の防止（予防）をするための訓練を行います。

(5) 排せつ介助

① 利用者の身体の状況に応じて、必要な排せつの介助を行います。

(6) 送迎

① 利用者のご希望により、利用者様宅から当事業所までの送り迎えを行います。

- ◇ 利用者に対する具体的なサービスの内容、実施日および実施回数は、「サービス計画(ケアプラン)」がある場合には、それを踏まえた「認知症対応型通所介護計画」を作成し、レクリエーションなどを取り入れ計画的にサービスを提供します。

4. 【利用料について】

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用者のご負担は原則として基本料金(料金表)および加算分に「介護保険負担割合証」に記載された「利用者負担の割合」を乗じて得た額となります。(2割負担の方は、下表の自己負担額が2倍に、3割負担の方は、下表の自己負担額が3倍の料金となります)

ただし介護予防の給付及び介護保険の給付の範囲を越えたサービス利用は全額利用者のご負担(自己負担)となります。

(1) 《利用料金表》(1回)

サービス提供時間 9時30分から16時00分 (6時間～7時間未満)

	サービス利用料金	1割負担の負担	
		介護保険給付金額	自己負担額
要支援1	7,591円	6,831円	760円
要支援2	8,492円	7,641円	851円
要介護1	8,800円	7,912円	888円
要介護2	9,740円	8,758円	982円
要介護3	10,660円	9,586円	1,074円
要介護4	11,610円	10,441円	1,169円
要介護5	12,560円	11,293円	1,267円
入浴加算(I)	400円	360円	40円
サービス提供強化加算(III)	60円	54円	6円
介護職員等処遇改善加算(II)	10円×所定単位数×17.4%	左記金額の9割相当額	左記金額の1割相当額
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	10円×所定単位数×5%	左記金額の9割相当額	左記金額の1割相当額

(2) 《その他の加算(1回)》

介護職員等処遇改善加算

(1月につき)

1月のうちに利用されたサービスの合計単位数に法で定められた加算率を乗じた単位

数を加算させて算定された加算のことです。

	サービス利用料金	1割負担の場合	
		介護保険給付金額	自己負担額
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	10円×所定単位数× 17.4%	左記金額の9割相当額	左記金額の1割相当額

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（1月につき）

厚生労働大臣が定める地域に居住される利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った場合に加算されます。

	サービス利用料金	1割負担の場合	
		介護保険給付金額	自己負担額
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	10円×所定単位数× 5%	左記金額の9割相当額	左記金額の1割相当額

※加算等の変更について、法改正等により加算内容に変更が生じた場合は、その都度文章でお知らせしますのでご了承ください。

(3) 《その他の料金（1回の利用料金）》

◇その他の料金については、利用者の全額負担となります。

食費（昼食、おやつ代）	600円
おむつ代	実費
趣味・創作活動費	作品材料代等実費（必要に応じ）
その他の費用	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していただくことが適当であるものにかかる費用。

※注1 利用者がまだ要介護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一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けたあと、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「サービス計画（ケアプラン）」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。

※注2 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。