

「指定居宅サービス」重要事項説明書
～ 介護予防認知症対応型通所 ～
認知症対応型通所介護

（介護予防認知症対応型通所・認知症対応型通所介護 以下「認知症対応型通所介護等」という。

社会福祉法人 洛南福祉会
ランランルンルンスマイルケア

当事業所は介護保険の指定を受けています。
介護予防認知症対応型通所・認知症対応型通所介護
（指定事業者番号 2690900648 ）

当事業所はご契約者に対して認知症対応型通所介護サービス等を提供します。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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「事業対象者」「要支援」「要介護」と認定され医師から認知症の診断を受けた方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 職員の配置状況	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
5. 苦情の受付について	6

1. 事業者

- | | |
|------------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 洛南福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 京都市伏見区向島上林町1 6 |
| (3) 電話番号 | 075-622-8687 |
| (4) FAX 番号 | 075-622-8835 |
| (5) 代表者氏名 | 理事長 長田 栄臣 |
| (6) 設立年月 | 平成 10 年 4 月 1 日 |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 指定認知症対応型通所介護事業所 令和4年 4月 1日指定
指定介護予防認知症対応型通所介護事業所

令和4年 4月 1日指定
指定事業者番号 (2690900648)

(2) 事業所の目的 事業者は、介護保険法令の趣旨にしたがい、ご契約者が有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、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、ご契約者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにご契約者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、ご契約者に対し、サービスを提供します。

(3) 事業所の名称 ランランルンルンスマイルケア

(4) 事業所の所在地 京都市伏見区向島津田町 102 番 5

(5) 電話番号 075-622-8844

(6) FAX 番号 075-622-8848

(7) 事業所長（管理者）氏名 小林 佑一郎

(8) 当事業所の運営方針 ○法人理念 「共に生き、笑顔で支えあうくらしづくり」
・地域に根ざし、地域と共に生きる施設づくり
・ご利用者が自己決定できる暮らしづくり

1. 事業所において提供する認知症対応型通所介護等は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
2. ご契約者の人格を尊重し、常にご契約者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、ご契約者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に認知症対応型通所介護計画を作成することにより、ご契約者が必要とする適切なサービスを提供する。
3. ご契約者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
4. 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
5. 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
6. 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った認知症対応型通所介護等を提供する。

(9) 開設（サービス開始）年月日

令和 4年 4月 1日

(10) 通常の事業（送迎）の実施地域

伏見区 向島〔向島学区、秀蓮学区、藤の木学区〕桃山南学区
南浜学区 板橋学区 住吉学区 淀南学区

(11) 営業日及び営業時間

	介護予防認知症対応型通所介護 認知症対応型通所介護
営業日	月～土（祝日営業） ※日曜日及び年始1/1休み
受付時間	月～土 8：30～17：30
サービス提供時間帯	月～土 9：00～17：00
利用定員	12名／日

(12) 建物の構造 鉄骨造 地上2階建

(13) 延べ面積 175.65 m²

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して認知症対応型通所介護等を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	介護予防認知症対応型通所 認知症対応型通所介護	
	職員配置	指定基準
1. 管理者	兼務1名	1名
2. 生活相談員	兼務2名	1名
3. 看護職員（機能訓練指導員兼務）	非常勤2名	1名
4. 介護職員	専従3名、兼務1名	2名

＜主な職種の勤務態勢＞

職種	認知症対応型通所介護等
1. 生活相談員	勤務時間：8：30～17：30
2. 介護職員	勤務時間：8：30～17：30 ☆原則として職員1名あたり利用者5名のお世話をします。
3. 看護職員	勤務時間：8：30～17：30 ☆上記時間内にて必要時間の勤務となります。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

○介護予防認知症対応型通所・認知症対応型通所介護

また、サービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(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、利用料金の大部分(通常 8 ～ 9 割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

- ① 食事（但し、食材料費は別途いただきます。）
・ご契約者の状況に応じて適切な食事または食事介助を行います。
(食事時間) 昼食 12:00～13:00
- ② 入浴
・ご契約者の状況に応じて適切な入浴または清拭の介助を行います。
- ③ 排泄
・ご契約者の状況に応じて適切な排泄の介助を行います。

<サービス利用料金>

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

○認知症対応型通所介護 （1日あたり）※所要時間 7 時間以上 8 時間未満

1. ご契約者の要介護度とサービスの利用料金		要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
		14,242 円	15,645 円	17,059 円	18,473 円	19,886 円
2. うち、介護保険から給付される金額（1割負担の場合）		12,817 円	14,080 円	15,353 円	16,625 円	17,897 円
3. サービス利用に係る自己負担額	1割負担	1,425 円	1,565 円	1,706 円	1,848 円	1,989 円
	2割負担	2,849 円	3,129 円	3,412 円	3,695 円	3,984 円
	3割負担	4,273 円	4,694 円	5,118 円	5,542 円	5,966 円

加算について

加 算	1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算	約 42 円／回	約 84 円／回	約 126 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅰ	約 23 円／回	約 46 円／回	約 69 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	約 19 円／回	約 38 円／回	約 57 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅲ	約 7 円／回	約 13 円／回	約 19 円／回
科学的介護推進体制加算	約 42 円／月	約 84 円／月	約 126 円／月

【介護職員処遇改善加算Ⅰ】

利用合計単位数に 23.6%を乗じた金額

○介護予防認知症対応型通所 （1日あたり）※所要時間 7 時間以上、8 時間未満

1. ご契約者の要支援度とサービスの利用料金	要支援 1 12,501 円		要支援 2 13,809 円
2. うち、介護保険から給付される金額	11,250 円		12,428 円
3. サービス利用に係る自己負担額	1 割負担	1,251 円	1,381 円
	2 割負担	2,501 円	2,762 円
	3 割負担	3,751 円	4,143 円

加算について

加 算	1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算	約 42 円／回	約 84 円／回	約 126 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅰ	約 23 円／回	約 46 円／回	約 69 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅱ	約 19 円／回	約 38 円／回	約 57 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅲ	約 7 円／回	約 13 円／回	約 19 円／回
科学的介護推進体制加算	約 42 円／月	約 84 円／月	約 126 円／月

【介護職員処遇改善加算Ⅰロ】

利用合計単位数に 23.6%を乗じた金額

☆加算については月により変動することがあります。それに伴い料金を変更する場合があります。

☆ご契約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。要支援又は要介護の認定を受けた後、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、ご契約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。

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

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ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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。

内容	通所介護	
食費 (おやつ代含む)	昼食代	5 5 0 円
	おやつ代	1 0 0 円
実施区域外 への送迎	実施地域を越えた地点から 片道 1 キロメートルあたり	5 0 0 円
喫茶代	1 杯につき	1 0 0 円
	チケット 1 セット (11 枚) 1,	0 0 0 円
複写物の交付	1 枚につき	1 0 円
オムツ代 (1 枚につき)	紙オムツ	1 7 0 円
	尿取りパット	4 0 円

（３）利用料金のお支払方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、1 ヶ月単位のお支払いになります。
月初めに先月分の請求を致しますので、1 ヶ月以内にお支払い下さい。

＜利用キャンセル料＞

当日 8 : 3 0 までに申し出があった場合 → 無料

当日 8 : 3 0 までに申し出がなかった場合 → 6 5 0 円

5. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ① 苦情受付窓口（担当者） 生活相談員 小林 佑一郎
- ② 受付時間 月～金 8：30～17：30
- ③ 苦情受け付け箱 施設内に意見箱を設置しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

- ・伏見区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当

所在地 京都市伏見区鷹匠町39番地の2

電話番号 075—611—2278

受付時間 9：00～17：00

- ・京都府国民健康保険団体連合会

所在地 京都市下京区烏丸通り四条下る水銀屋町620 COCON 烏丸内

電話番号 075—354—9090

受付時間 9：00～17：00

- ・運営適正化委員会

所在地 京都市中京区竹屋町通 烏丸東入ル 京都府立総合社会福祉会館内

電話番号 075（252）2152

受付時間 9：00～17：00

6. 緊急時の対応について

(1) 緊急時の対応

当事業所は、認知症対応型通所介護サービス等の提供時にご契約者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに家族並びに主治医又はあらかじめ定められた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとします。

(2) 事故発生時の対応

当事業所は、認知症対応型通所介護サービス等の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、ご契約者の家族、当該ご契約者に関わる介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。

(3) 非常災害対策

当事業所は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

7. サービスの利用に当たっての留意事項

当事業所の利用に当たっての利用者の留意事項は次の通りとする。

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示することとする。
- (2) 事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用することとし、これに反した利用により破損等が生じた場合は、必要に応じて修理費用等の実費弁償を行うものとする。
- (3) 決められた場所以外での喫煙は行わないこととする。
- (4) 他の利用者の迷惑になる行為は行わないこととする。
- (5) 金銭等の管理は各自で行うこととする。
- (6) 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動は行わないこととする。

8. 個人情報の保護

- (1) 事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。
- (2) 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文章により得るものとする。

9. 運営推進会議

- (1) 事業所の運営する認知症対応型通所介護等を地域に開かれたサービスとして、利用者、利用者家族、地域住民及び地域包括支援センターの職員に対し、単に運営上の報告を行うだけでなく、事業所が地域との関係を構築していくうえで、利用者が地域に溶け込み、また地域住民が事業所及び利用者を理解することで、共に暮らせる関係を構築し、サービスの質の確保を図ることを目的として、運営推進会議を設置する。
- (2) 運営推進会議の構成員は、利用者又は利用者の家族、地域住民の代表者及び地域包括支援センターの職員とする。
- (3) 運営推進会議の開催はおおむね6箇月に1回以上とする。
- (4) 事業の活動状況を運営推進会議で報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言などを聴くこととする。

私は、本書面に基づいて事業者からサービス提供及び利用料の徴収についての説明を受け、指定居宅サービスの提供開始と希望するサービスにかかる利用料金の徴収及び、入院時等に、ご契約者に関する情報を関係機関に提供することに同意しました。また、サービス担当者会議等において私並びに家族の個人情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日
契 約 者 住所

氏名

署名代行人 住所

氏名

続柄：

身元引受人 住所

氏名

続柄：

指定居宅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。

ランランルンルスマイルケア（認知症対応型通所介護等）

説明者	職 名 氏 名
	生活相談員 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条及び第125条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。