

認知症対応型通所介護サービス内容・重要事項説明書

(令和8年9月25日 現在)

1. 事業者

事業者名称	社会福祉法人函館鴻寿会
代表者名	理事長 上山 剛
所在地	函館市亀田町7番1号
法人種別	社会福祉法人
電話番号	0138-41-5100

2. 事業所の概要

事業所名称	認知症対応型デイサービスこうじゅ
事業所のサービス種類	指定認知症対応型通所介護
事業所番号	令和3年7月1日指定 北海道 0191400399号
管理者	埜畑 けい子
事業所所在地	函館市亀田町7番1号
電話番号・FAX番号	電 話：0138-41-5100 FAX：0138-41-5109
開設年月日	令和3年7月1日
通常の事業の実施地域	函館市 (旧戸井町・旧恵山町・旧楳法華村・旧南茅部町を除く)
営業日	年中無休
サービス提供時間	9:30～17:00
利用定員	12名 (指定介護予防認知症対応型通所介護の定員を含む)

3. 事業所の職員体制等

当事業所では、ご利用者に対して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サービス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。

職 種	業 務 内 容	人 員
管理者	管理・運営等	1名 (常勤兼務)
生活相談員	相談業務等	2名 (常勤・内1名兼務)
機能訓練指導員	機能訓練等	1名 (非常勤・専従)
介護職員	食事、入浴、娯楽等の介護業務 送迎等	4名 (内3名常勤専従、1名 常勤兼務)

4. サービスの内容

(1) 介護保険給付対象となるサービス

以下のサービスは、利用料金の通常9割 (該当の方は7割又は8割) が介護保険から給付されます。

加算対象サービスについては、ご利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容については、居宅サービス計画に沿い、事業所とご利用者で協議した上で、認知症対応型通所介護計画に定めます。

＜サービスの概要＞

I 共通的服务

「通所介護サービス」は、事業所が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び娯楽、食事の介助、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の援助、並びに機能訓練を行うサービスです。

II 加算対象サービス

① 個別機能訓練加算

理学療法士等が評価を実施し、個別機能訓練計画を作成します。それに基づき、計画的に必要な機能訓練を行うサービスです。

② 入浴介助加算

入浴時に必要な介助や見守りを行うサービスです。

③ 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症の方へ必要な介護・見守りのサービス提供を行います。

④ 口腔機能向上加算

口腔機能の低下している又はその恐れのあるご利用者に対し、歯科衛生士或いは看護師等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るため実施するサービスです。

⑤ サービス提供体制強化加算（I・II・III）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合した場合に加算されます。

⑥ 介護職員等処遇改善加算（I）ロ

{介護保険負担額（1割）＋各加算}×23.6%

（2）介護保険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利用者の負担となります。

＜サービスの概要＞

I 食事提供サービス

ご利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用は、介護保険対象外となります。

II レクリエーション等提供サービス

ご利用者の希望によりレクリエーション等に参加していただくことができます。その際にかかる工作材料費等は、実費負担となります。

III その他日常生活支援サービス

おむつ代等、日常生活に要する費用として、ご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用は、実費負担となります。

5. 利用者負担金

（1）ご利用者の要介護度に応じた法定利用基準額に基づき、サービス利用金額の1割をご利用者が事業者を支払うこととなります。

*一定の所得以上の場合、自己負担額が2割又は3割になる場合があります。（負担割合証）

I 介護保険給付対象のサービス利用料金表

①《共通的服务》

項目／金額	自己負担額（1日当り）				
利用時間	3～4時間 未満	4～5時間 未満	5～6時間 未満	6～7時間 未満	7～8時間 未満
要介護1	491円	515円	771円	790円	894円
要介護2	541円	566円	854円	876円	989円
要介護3	589円	618円	936円	960円	1,086円
要介護4	639円	669円	1,016円	1,042円	1,183円
要介護5	688円	720円	1,099円	1,127円	1,278円
*サービス提供体制 強化加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	Ⅰ：22円／Ⅱ：18円／Ⅲ：6円				
※入浴加算	40円				
科学的介護推進体制 加算	40円				
※延長加算 （1時間当り）	9時間以降 50円/1時間				
*介護職員等 処遇改善加算Ⅰロ	{介護保険負担額（1割）＋各加算}×23.6% 所定単位数に加算				

*Ⅰは、介護職員の総数の内70%以上が介護福祉士である場合、または、勤続10年以上介護福祉士25%以上の場合に加算されます。

*Ⅱは、介護職員の総数の内50%以上が介護福祉士である場合に加算されます。

*Ⅲは、介護職員の総数の内40%以上が介護福祉士である場合、または、サービスを直接提供する職員の勤続年数7年以上の職員が30%以上配置である場合に加算されます。

※サービスを直接提供する職員：生活相談員/看護職員/介護職員又は機能訓練指導員

*介護職員等処遇改善加算Ⅰロが適用となる際は別途、御案内致します。

（※欄の金額は、当該サービスを利用された場合に自己負担額に加算されます。

II 介護保険給付対象とならないサービス利用料金表

サービス種類	料金
食事提供	1食 300円
おむつ・デイパント	1枚 50～130円
尿取りパッド	1枚 30円

*上記の介護報酬に係わる利用者負担金と食費は、「介護保険負担限度額認定証」や「社会福祉法人による利用者負担軽減確認証」の交付を受けていない方の料金です。交付を受けている方には、証に記載されている通りの減額措置があります。

6. キャンセル

- （1）都合によりお休みされる場合には、できるだけご利用日前日の17:30までにご連絡下さい。
- （2）ご利用日当日に利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情でお休みされる場合は、9:00までにご連絡下さい。なお、お休みした場合のキャンセル料はいただきません。

7. サービス提供の記録等

- （1）事業者は、一定期間ごとに「認知症対応型通所介護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等に関する「通所介護記録書」その他の記録を作

成して、契約者又は代理人に説明の上、交付（すると共に、居宅介護支援事業者に提出します。

- (2) 事業者は「通所介護記録書」その他の記録を作成後5年間は適正に保管し、契約者又は代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付します。

8. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 健康状態に異常がある場合には、その旨を申し出て下さい。
- (2) 機能訓練室、機能訓練器具等を利用する場合は、事故防止のため、従業者の支持のものに行ってください。
- (3) 食事、入浴等についても、前項と同様の扱いになります。
- (4) 居室内、館内、敷地内での飲酒および喫煙は禁止とします。
- (5) ご利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は、禁止します。
- (6) ペットの持込みは、禁止します。
- (7) 他のご利用者への迷惑行為は、禁止します。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者がお住まいの市町村、ご家族・代理人、居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者に対して当事業所のサービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。但し、当事業所に故意・過失がない場合はこの限りではありません。なお、当事業所はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」と損害保険ジャパン株式会社の「企業総合補償保険」の契約を結んでいます。

10. 体調不良、急変時の対応

- (1) 当日の健康チェックの結果、体調が優れない場合、サービス内容の変更または中止することがあります。
- (2) ご利用中に体調が悪くなった場合、管理者または看護職員等が適切に対応するほか、ご家族や関係者に連絡します。

11. 第三者評価の実施状況について

第三者による評価の実施なし

12. 相談・苦情処理体制

当事業所は、ご利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を以下の通り設置し、迅速に対応いたします。

◎サービスに関する相談や苦情及び緊急時については、次の窓口で対応いたします。

ご利用者苦情相談窓口	受付担当者	杉山 仁美、寺嶋 美幸
	電話番号	0138-41-5100
	FAX番号	0138-41-5109
	苦情処理責任者	埜畑 けい子
	受付時間	8:30～17:30

	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 ①苦情の受付・報告 苦情受付担当者又は苦情等を受けた職員は、利用者、家族等からの苦情又は相談の内容及び意向を的確に把握し、苦情相談受付・対応記録簿に必要事項を記録するとともに、速やかに解決責任者へ報告する。 ②事実確認・原因把握 解決責任者は、苦情等の内容を確認し、必要に応じて関係職員等から事情を聴取するなど、事実関係を整理するとともに、苦情等が生じた原因及び問題点を把握する。 ③対応方針の決定 解決責任者は、確認した事実関係及び利用者、家族等の意向を踏まえ、必要な対応及び改善措置を検討し、対応方針を決定する。必要に応じて苦情受付担当者及び関係職員と協議し、組織的かつ適切な解決を図る。 ④対応及び説明 解決責任者又はその指示を受けた職員は、決定した対応方針に基づき必要な措置を講じるとともに、利用者、家族等に対し、事実確認の結果及び対応内容について適切に説明する。 ⑤改善措置・再発防止 解決責任者は、苦情等の内容及び対応結果を踏まえ、必要に応じて業務手順の見直し、関係職員への指導・周知その他必要な改善措置を講じ、同様の事案の再発防止及びサービスの質の向上を図る。 ⑥記録・情報共有 苦情等の受付内容、事実確認の結果、対応経過、対応結果及び改善措置等について、苦情相談受付・対応記録簿に記録する。また、必要に応じて関係職員間で情報を共有し、今後の適切なサービス提供及び再発防止に活用する。
--	---

◎行政機関の相談受付機関

函館市保健福祉部 高齢福祉課 相談支援担当	所在地	函館市東雲町４番１３号 ２Ｆ
	電話番号	０１３８－２１－３０２５
	FAX番号	０１３８－２６－５９３６
	受付時間	８：４５～１７：３０

◎行政その他機関の苦情受付機関

北海道国民健康 保険団体連合会 (国保連)	所在地	札幌市中央区南 4 条西 1 4 丁目 国保会館
	電話番号	0 1 1－2 3 1－5 1 7 5
	F A X 番号	0 1 1－2 3 3－2 1 7 8
	受付時間	9：0 0～1 7：0 0

北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地	札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 1
	電話番号	0 1 1－2 0 4－6 3 1 0
	F A X 番号	0 1 1－2 0 4－6 3 1 1
	受付時間	9：0 0～1 7：0 0

※【説明・同意欄】

〔説明日時〕 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

〔場 所〕 _____

〔事業者〕 函館市亀田町7番1号
認知症対応型デイサービスこうじゅ

説明者

私は、認知症対応型デイサービスこうじゅの認知症対応型通所介護利用に当り、本書面により、重要な事項について、事業者から説明を受け、同意いたしました。

〔利用者〕
住 所

氏 名

〔代理人（家族）〕
住 所

氏 名

続 柄

☐ 代筆者（上記の者と同じ）

〔代筆者〕
住 所

氏 名

続 柄

代筆理由 ☐認知症状有 ☐筆記困難
☐その他（ ）