

(指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護)

こぶしえん

認知症対応型通所介護事業所

重要事項説明書

目黒区指定 1391000583号

令和8年5月1日現在

【 目 次 】

1. 施設経営法人	1
2. 施設の概要	1
3. 法人理念・方針	1
4. 施設運営の方針	1
5. 通所介護事業	3
6. 利用料金の支払い方法	8
7. 利用手続き	8
8. 身元保証人	9
9. 緊急時、事故時の対応方法	9
10. サービス内容に関する相談、苦情	10
11. 運営推進会議の設置	10
署名・押印	11

社会福祉法人 徳心会

こぶしえん 重要事項説明書

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人徳心会 |
| (2) 法人所在地 | 東京都三鷹市下連雀三丁目26番12号 |
| (3) 代表者氏名 | 理事長 関根陸雄 |
| (4) 設立年月日 | 平成2年3月20日 |

2. 施設の概要

- (1) 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護
- | | |
|------------|-----------------------|
| ①施設名 | こぶしえん |
| ②指定番号 | 目黒区1391000583号 |
| ③所在地 | 東京都目黒区下目黒六丁目18番2号 |
| ④管理者 | 柴山朱那 |
| ⑤電話番号 | 03-5722-5550 |
| ⑥FAX | 03-5722-5570 |
| ⑦開設年月日 | 令和3年4月1日 |
| ⑧定員（1日あたり） | 認知症対応型通所介護(介護予防含む)12名 |

3. 法人理念・方針

【理念】

「働き易い職場を創り、快適なサービスを提供します」

4. 施設運営の方針

- (1) 「いつでも、どこでも、だれでも」利用可能なサービス提供を目指します。
- (2) 社会福祉法人運営施設の独自性を主張します。
- (3) 安心・安全な「居場所」づくりを目指します。
- (4) 笑顔のあふれる「居心地」の良さを目指します。
- (5) プロフェッショナルな仕事を提供します。
- (6) 地域に開かれた運営とサービスを提供します。

5. 通所介護事業

(1) 配置人数

職種	配置人数	備考
管理者	1名	管理者
生活相談員	1名以上	生活相談員 利用申し込みの調整、通所介護計画の作成、介護職員等に対する指導他
介護職員または看護職員	2名以上	
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練の実施・指導にあたる

(2) 利用定員・営業時間

利用定員	定員12名
営業日	月曜日から金曜日まで
営業時間	08:30～17:30
サービス提供時間	09:00～16:00
その他	・サービス提供時間以外の利用については、ご相談ください。

(3) 開設年月日 令和3年4月1日

(4) サービス内容

- | | |
|------------|---------|
| ①食事 | ②入浴 |
| ③排泄 | ④日常生活訓練 |
| ⑤送迎 | ⑥機能訓練 |
| ⑦レクリエーション等 | |

(6) 利用料金

認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の利用料の額は、介護保険法に基づく厚生労働大臣が定める基準によるものとし、居宅サービスにかかる費用の1割から3割、食費、および日常生活等に要する費用として別に定める利用料の合計額とする。

認知症対応型通所介護

①介護サービス費（上段 1割 中段 2割 下段3割）

要介護度	1日あたりの自己負担額					
	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間	8～9時間
要介護1	546円	572円	856円	877円	993円	1,024円
	1,091円	1,144円	1,712円	1,754円	1,985円	2,047円
	1,636円	1,715円	2,568円	2,631円	2,978円	3,071円
要介護2	601円	629円	948円	973円	1,098円	1,133円
	1,202円	1,257円	1,896円	1,945円	2,196円	2,265円
	1,802円	1,885円	2,844円	2,918円	3,294円	3,397円
要介護3	654円	686円	1,039円	1,066円	1,206円	1,244円
	1,308円	1,372円	2,078円	2,132円	2,411円	2,487円
	1,962円	2,058円	3,117円	3,196円	3,617円	3,730円
要介護4	710円	743円	1,128円	1,157円	1,314円	1,356円
	1,419円	1,486円	2,256円	2,314円	2,627円	2,711円
	2,128円	2,228円	3,384円	3,470円	3,940円	4,066円
要介護5	764円	800円	1,220円	1,251円	1,419円	1,467円
	1,528円	1,599円	2,440円	2,502円	2,838円	2,933円
	2,292円	2,398円	3,660円	3,753円	4,256円	4,399円

※ 通常の実施地域は目黒区内です。

②体制加算（上段 1割 中段 2割 下段3割）

項目	1日あたりの自己負担額
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	20円
	40円
	60円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	14円
	27円
	40円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	7円
	14円
	20円

※サービス提供体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ）はいずれか一つのみの算定となります。

③個別加算（上段 1割 中段 2割 下段 3割）

項目	1日あたりの自己負担額
個別機能訓練加算	30円
	60円
	90円
入浴介助加算	56円
	111円
	167円
栄養改善加算（月2回まで）	167円
	333円
	500円
口腔機能向上加算（月2回まで）	167円
	333円
	500円
若年性認知症利用者受入加算	67円
	134円
	200円
生活機能向上連携加算1 （1月につき）	222円
	444円
	666円
生活機能向上連携加算2 （1月につき）	111円
	222円
	333円
栄養スクリーニング加算	6円
	11円
	17円

※利用者の状況に応じて加算されるものとされないものがあります。

④介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

①～③までの合計額に17.4%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。

介護予防認知症対応型通所介護

①介護予防サービス費（上段 1割 中段 2割 下段 3割）

要支援度	1日あたりの自己負担額					
	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間	8～9時間
要支援1	477円	499円	741円	760円	859円	886円
	953円	997円	1,481円	1,519円	1,717円	1,772円
	1,429円	1,496円	2,222円	2,278円	2,575円	2,658円
要支援2	529円	553円	825円	846円	960円	990円
	1,057円	1,106円	1,650円	1,692円	1,919円	1,979円
	1,586円	1,659円	2,475円	2,538円	2,878円	2,968円

②体制加算（上段 1割 中段 2割 下段 3割）

項目	1日あたりの自己負担額
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	20円
	40円
	60円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	14円
	27円
	40円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	7円
	14円
	20円

※サービス提供体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ）はいずれか一つのみの算定となります。

③個別加算（上段 1割 中段 2割 下段 3割）

項目	1日あたりの自己負担額
入浴介助加算	56円
	111円
	167円
若年性認知症利用者受入加算	67円
	134円
	200円
口腔機能向上加算（1月につき）	167円
	333円
	500円
栄養改善加算（1月につき）	167円
	333円
	500円
個別機能訓練加算	30円
	60円
	90円
生活機能向上連携加算1 （1月につき）	222円
	444円
	666円
生活機能向上連携加算2 （1月につき）	111円
	222円
	333円
栄養スクリーニング加算	6円
	11円
	17円

利用者の状況に応じて加算されるものとされないものがあります。

④介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

①～③までの合計額に17.4%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。

(7) その他の料金

① 食事に要する費用

昼食代720円 おやつ代100円（希望者のみ）

② レクリエーション代

個別にて実施した場合に応じて、実費100～300円を徴収します。

③ 特別行事費

遠足等の特別な行事については、それに係る経費を積算した額を徴収いたします。

④ おむつ代

一枚50～100円（サイズ・機能等で異なります。）

⑤ 理美容代

カット代1回あたり	3,300円
毛染め（カット・シャンプー込み）	9,680円
パーマ（カット・シャンプー込み）	9,680円

(8) 留意事項

- ・サービス提供における送迎は、自宅玄関から事業所までとし、途中での乗降は原則としてできません。
- ・感染症等、他の利用者の心身に影響を及ぼすような状態にあるときにはサービスを中断させて頂くことがあります。
- ・サービスの実施場所において、利用者間の金銭の授受及び貸与を禁止します。

6. 利用料金の支払い方法

毎月15日までに前月分の請求書を送付いたしますので、指定日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行いたします。支払いは指定口座からの口座振替で行ないます。

※利用者の方が、要介護認定を受けていない場合には、サービスの費用の全額をお支払いいただきます。この場合、要支援・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）。この場合については、「サービス提供証明書」を発行いたします。

7. 利用手続き

(1) サービス開始

直接施設で利用申し込みを受け付けます。事前に当施設の生活相談員・介護支援専門員等が、利用者・家族と直接ご面談し、担当の介護支援専門員の方と相談し、契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員の方とご相談下さい。

(2) サービス契約終了

①利用者のご都合で契約終了される場合

サービス利用契約終了を希望する日の30日前までにお申し出下さい。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が介護保険施設に入居した場合
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合

③その他

- ・利用者がサービス利用料金を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当施設の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、サービス利用契約を終了させていただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、利用を終了していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

8. 身元保証人

利用者は、原則として身元保証人を定めることをお願いいたします。身元保証人は、サービス利用者及び家族等と連帯して債務履行の責を負うとともに、次に定める事項について必要な事項をしていただきます。

- ①利用者がサービス利用中に医療機関に入院する場合の入院手続き。
- ②契約解除やサービス中断等したときの身柄の引き取り。
- ③利用者の身上に関する事項の相談等。

9. 緊急時、事故時の対応方法

利用者の容体に急変がある等の緊急時、また、サービス提供による事故発生時には下記連絡先、市区町村等に速やかに連絡するほか、医師に連絡する等必要な処置を講じます。

(ふりがな) 氏 名	
続 柄	
郵便番号	〒
住 所	
電話番号①	— — (自 宅)
電話番号②	— — ()

10. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当施設利用者相談・苦情担当

サービス相談窓口	
担 当	管理者 柴山朱那
電話番号	TEL. 03-5722-5550 FAX. 03-5722-5570
受付時間	9:00~16:00

(2) その他

当施設では、第三者委員を設置し、相談・苦情を受け付けています。

社会福祉法人徳心会 第三者委員	
市毛紀行氏	TEL 03-3712-4464
廣瀬晶久氏	TEL 03-3710-0660

当施設以外に、公的機関の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

〈区市町村名〉

目黒区介護保険課介護保険管理係 03-5722-9574

〈公的団体〉

東京都国民健康保険団体連合会 03-6238-0177

11. 運営推進会議の設置

当施設のサービス提供に当たっては、運営推進会議を設置し、公正・中立な運営の確保に努めます。

- (1) 運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、目黒区の職員または当施設の地域を管轄する地域包括支援センターの職員、認知症対応型通所介護に知見を有する者等とし、おおむね六月に一回以上開催します。
- (2) 当施設の活動状況を運営推進会議に対して報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設けます。
- (3) (2) に定める報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。
- (4) 上記のとおり定期的に運営推進会議を開催するため、福祉サービス第三者評価は実施しません。

————— 契約をする場合は以下の確認をすること —————

令和 年 月 日

認知症対応型通所介護の利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

(事業者)

所在地 東京都目黒区下目黒六丁目18番2号
名称 社会福祉法人 徳心会
こぶしえん
(認知症対応型通所介護事業)

管理者 柴山朱那 ⑩

説明者 所属 介護事業部

⑩

私は、契約書および本書面により、事業者から認知症対応型通所介護事業所こぶしえんについての重要事項の説明を受け同意しました。

(利用者)

住所

氏名 _____

(身元保証人)

住所

氏名 _____