

**指定（介護予防）認知症対応型通所介護
第2春緑苑デイサービスセンター重要事項説明書**

令和 7年 4月 1日 現在

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話	0 5 6 8 - 5 6 - 9 1 7 2（8時00分～18時15分）	
担 当	相談員	〇〇 〇〇

2 第2春緑苑デイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類

事業所名称	第2春緑苑デイサービスセンター
所在地	愛知県春日井市下津町500番地
介護保険指定番号	第2392500019号
実施地域	春日井市

(2) 同事業所の職員体制

管 理 者	1人（常勤）
生 活 相 談 員	2人以上（うち生活相談員、看護職員又は介護職員のうち常勤1人）
看 護 職 員	2人以上（うち生活相談員、看護職員又は介護職員のうち常勤1人）
介 護 職 員	3人以上（常勤換算、うち生活相談員、看護職員又は介護職員のうち常勤1人）
機能訓練指導員	2人以上

(3) 営業日、営業時間及びサービス提供時間

営 業 日	年中無休（ただし、1月1日から3日を除く。）
営 業 時 間	8時00分から18時15分
サービス提供時間	9時30分から16時40分

(4) 定員及び事業所規模

定 員	12名（1単位）
-----	----------

(5) 設備の概要

相談室	160.08 m ²	脱衣室	43.03 m ²	
食堂兼機能訓練室	160.08 m ²	浴室	一般浴室	58.50 m ²
静養室	15.42 m ²		機械浴室	29.25 m ²

3 サービス内容

(1) 事業の目的

適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護又は要支援状態にある者に対し、適正な事業を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

ア 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持ならびに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

イ 関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び地域の保健・医療・福祉サービス機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) サービス内容

ア 一日の流れ

8時00分～9時30分	お迎え時間	13時30分～	入浴・機能訓練・レク等
9時25分頃	センター到着	15時00分～	おやつ
9時30分～	健康チェック	16時20分～	帰宅準備
10時00分～	入浴・機能訓練等	16時40分頃	センター出発
12時00分	昼食	16時45分～18時	送り時間

イ 個別サービス計画の作成

ウ 食事

(ア) 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事（ソフト食、刻み食、ミキサー食等）を提供します。

(イ) ご利用者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。

エ 入浴

(ア) 入浴または清拭を行います。

(イ) ご利用者の状態に応じて、一般浴、機械浴で入浴していただけます。

オ 送迎

(ア) リフト等により車いす、歩行困難な方の送迎を行います。

(イ) 原則として送迎時の立ち会いをお願いします。

カ 排泄

ご利用者の排泄の援助を行います。

キ 機能訓練

(ア) ご利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能回復又はその減退を防止するための訓練を機能訓練指導員が実施いたします。

(イ) 作業療法により機能低下を防ぐとともに生活の楽しみを作り出すよう援助いたします。

ク 口腔機能向上

歯磨き等により口腔内を清潔に保つお手伝いをします。

ケ レクリエーション・行事等

四季を感じられる行事を取り入れ、利用者の意欲向上を図ります。

コ 娯楽

カラオケ、囲碁、将棋、オセロ、ゲーム等を楽しんでいただきます。

サ 健康チェック

4 利用料金について

(1) 利用料金

ア 自己負担額は合計単位数に地域区分単価を乗じて算定した額に、介護保険負担割合証に記載された割合を乗じた額となります。ただし、その月に利用した単位数を合算して計算しますので、実際の利用料には端数が発生します。

イ ご利用者が、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。要支援または要介護認定を受けた後、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。

ウ 介護保険の給付に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更いたします。

エ 介護予防サービスにつきましては、月の途中で利用の契約及び解約をした場合は、その日を起算日としての日割り計算となります。

(2) サービス利用単位数（介護保険給付費）

ア 認知症対応型通所介護

【認知症対応型通所介護費（1回あたり）】 地域区分単価（6級地） 1単位：10.33円

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数 (7時間以上8時間未満)	894 単位	989 単位	1,086 単位	1,183 単位	1,278 単位

【加算】

加算名	単位数
入浴介助加算	I：40 単位/日
個別機能訓練加算	I：27 単位/日 II：20 単位/月
ADL維持等加算	I：30 単位/月 II：60 単位/月
若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
サービス提供体制強化加算	I：22 単位/回 II：18 単位/回 III：6 単位/回
送迎減算	△ 47 単位/片道
同一建物減算	△ 94 単位/日
介護職員等処遇改善加算 I	合計所定単位数にサービス加算率 18.1%を乗じた単位数

(3) 介護保険の対象とならないサービス（1回あたり）

ア 食事

食事代	530 円
おやつ代	100 円

イ 通常の事業の実施地域以外への送迎の費用（通所介護に限る）

通常の事業実施区域外の地域のお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

事業所の実施地域を越えた地点から片道 1 kmあたり	25 円
----------------------------	------

ウ 利用者の希望によりサービス提供時間を超えた場合の利用料金

延長時間	30 分
延長料金	500 円

エ 複写物の交付

複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます（1枚 10 円）。

オ レクリエーション、行楽、作業療法等

利用者の希望によりレクリエーション、行楽及び作業療法等に参加された場合、材料費、交通費等の実費分を徴収させていただく場合がございます。

カ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担すべき費用は、下記のとおり徴収させていただきます。

商品名	数量	金額
紙おむつ テープタイプ	1 枚	170 円
はくパンツタイプ	1 枚	195 円
フラットタイプ	1 枚	70 円
尿取りパット	1 枚	35 円
布おむつ	1 枚	100 円

キ 連絡帳及び連絡帳袋

連絡帳	230 円
連絡帳袋	210 円

(4) 利用料金の変更について

介護給付費体系の変更があった場合、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、事業者は、利用者に対して事前の説明をしたうえで、当該サービスの利用料金を相応な額に変更することができます。

(5) 利用料金のお支払い方法について

前期(2)、(3)の料金・費用は、原則としてサービス利用月の翌月26日に口座引き落としさせていただきます。

5 利用の中止、変更、追加

(1) 利用予定日の前に、利用者の都合により介護サービス利用を中止もしくは変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所にお申し出ください。

(2) 利用予定日の前日までにお申し出がなく利用中止をされた場合、取り消し料として下記の料金をお支払いしていただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	食事代 530円

(3) 事業所の稼働状況により、利用者の希望される期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を提案し、相談に応じます。

(4) 利用者の体調不良によってサービス提供が困難な場合には、主治医等と相談の上、利用の一時中止をお願いする場合があります。

(5) 利用者の心身の状況等によって、他の利用者に害を及ぼすことがあった場合又は、及ぼす危険がある場合には、主治医等と相談のうえ、利用の一時中止をお願いする場合があります。

※ 適切なサービスを利用していただくため、身体状況について認定調査に使われた「主治医の意見書」等の医療情報提供をお願いする場合や、主治医に意見を求める場合についてご理解ご協力をお願いします。また、ご病気等の状況によっては、一時利用していただけないサービスもございます。

(6) 自然災害や感染症等により、サービスの提供が困難な場合には、ご利用の一時中止をお願いする場合があります。

6 サービスの終了

(1) 利用者からの契約解除について

サービスの終了を希望する7日前までに書面でお申し出ください。

(2) 事業者からの契約解除について

ア 利用者が3か月以上居宅サービスを利用していない場合、利用者に1か月前までに書面により通知することによって、契約を解除させていただく場合がございます。

イ 利用者が以下の事項に該当する場合には、書面で通知することにより契約を解除させて

いただく場合がございます。

(ア) 利用者及びその家族が契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果サービスを継続しがたい事情を生じさせた場合

(イ) 利用者及びその家族によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合

(ウ) 利用者又はその家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為(※)を行うなどによって、サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合、サービス中止や契約を解除することもあります(暴力又は乱暴な言動、無理な要求、セクシャルハラスメント等)。

(3) 契約の終了について

以下の事由に該当した場合は、この契約は終了します。

ア 利用者が死亡した場合

イ 要介護認定により自立と判定された場合

ウ 利用者が介護保険施設に入所した場合

エ 事業所を閉鎖した場合

オ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの実施が不可能になった場合

カ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

7 事故発生時の対応

利用者のサービス提供中に事故が発生した場合には必要に応じて、医療機関への連絡と受診、利用者の家族又はサービス事業所への連絡、必要時の市町村への連絡、事故原因の解明及び改善策の検討、事業所加入の損害賠償保険に基づく対応を行います。

8 損害賠償について

事業者はサービス提供に当たって故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

9 その他運営について

(1) 虐待の防止のための措置

ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

イ 虐待の防止のための指針を整備します。

ウ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に(年1回以上)実施します。

エ 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

(2) 業務継続計画の策定等について

- ア 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定します。
- イ 非常災害対策と一体的に取り組みます。非常災害における防火管理について責任者を定め、防災計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備します。
- ウ 従業者に対し、計画について周知するとともに、研修及び訓練（年1回以上）を実施します。

(3) 感染症の予防及びまん延防止について

- ア 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- イ 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ウ 従業者に対する研修及び訓練（年1回以上）を実施します。

(4) 質的向上を図るための研修について

従業者の質的向上を図るための研修として、新規採用時及び継続研修を実施していきます。

(5) 福祉サービス第三者評価実施状況

実施状況：なし

10 緊急時における対応方法について

利用者の容体に変化があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族又は代理人に速やかに連絡いたします。

主治医	病院・主治医名	
	連絡先	
ご家族・代理人	氏名（続柄）	()
	連絡先	

11 個人情報の利用について

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族又は代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
- (2) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人から、あらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及びその家族又は代理人の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報が含まれる記録物については注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏えいを防止します。
- (4) 以下の場合については、必要最小限の範囲で使用するものとします。
 - ア 使用目的

- (ア) 適切なサービス提供のために必要な当法人内での情報収集と情報共有、医療機関や他法人が行う介護・福祉サービス事業所、自治体（保険者）等との情報収集や連絡調整
- (イ) 利用者もしくはその家族又は代理人が体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったときの医師及び看護職員等への情報提供
- (ウ) 事業者が受け入れる実習生、研修生への教育のため

イ 個人情報の内容

- (ア) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業所がサービスを行うために必要な利用者及びその家族又は代理人の個人情報
- (イ) その他の利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報であって、特定の個人が識別、又は識別されうる情報

ウ 個人情報を提供する事業所

- (ア) 担当の居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター
- (イ) ケアプランに記載されている事業所
- (ウ) かかりつけ医の所属する病院又は診療所等（緊急時については、それ以外の病院等）
- (エ) 福祉事務所、保健所又は地域包括支援センター等

エ 使用する期間

契約終了まで

12 サービス内容に関する相談・苦情

当事業所の利用者相談・苦情担当者

担当	相談員		〇〇	〇〇
連絡先	TEL	0568-56-9172	FAX	0568-27-5260

当事業所の他、以下の公的機関等でも相談・苦情を受け付けています。

機関名	部署名	連絡先
春日井市役所	介護・高齢福祉課	0568-85-6921
愛知県国民健康保険団体連合会	介護保険課苦情調査係	052-971-4165

事業所が行う介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項及び個人情報の利用についての説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業者】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞703番地1
名 称 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会
代 表 者 理事長 西村 眞

【事業所】 住 所 春日井市下津町500番地
名 称 第2春緑苑デイサービスセンター
施 設 長 ○○ ○○
管 理 者 ○○ ○○

【説明者】 職 名
氏 名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用についての説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【家族又は代理人】 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係 ()