

**指定介護予防認知症対応型通所介護事業所及び指定認知症対応型通所介護事業所
デイサービス 我が家
重要事項説明書**

当事業所は、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービス内容及び契約上のご注意いただきたい事項を次のとおり説明します。

**1. 介護予防認知症対応型通所介護及び指定認知症対応型通所介護事業所
「デイサービス 我が家」の概要**

(1) 名称等

事業所の名称	有限会社 メディカルウイル
代表者指名	代表取締役 中嶋 伸生
主たる事務所の所在地	鹿児島県鹿屋市上谷町 11200 番地 3
事業所の所在地	鹿児島県鹿屋市輝北町上百引1919番地 1
電話・FAX	電 話：099-471-3458 FAX：099-471-3457
サービスの種類	単独型 介護予防認知症対応型通所介護 認知症対応型通所介護
指定年月日	通所介護：平成 19 年 12 月 13 日 介護予防通所介護：平成 19 年 12 月 13 日
介護保険事業所番号	4690300100

(2) 職員配置

職種	職員数
管理者	1 人（常勤兼務）
生活相談員	1 人以上（常勤・常勤兼務）
機能訓練指導員	1 人以上（常勤・常勤兼務）
介護職員	2 人以上（常勤・常勤兼務）

(3) 営業時間

営業日	日曜日を除く毎日 ただし、やむを得ない事情により休業する場合があります。
サービス提供時間	午前9：00～午後4：10
利用者数	1 日あたり 12 名
事業の実施地域	鹿屋市

(4) 施設概要

建物の構造	木造平屋建て
建物の延べ床面積	1,633㎡
敷地面積	136.32㎡
施設設備	浴室・脱衣室・トイレ（3ヶ所）・台所・食堂・リビング・静養室 相談室

2. 提供するサービス内容

	サービス内容	時 間	内 容
①	送迎	迎え 8:30～ 9:00 送り 16:10～	・ ご自宅並びに待ち合わせ場所までの送迎を行います ・ 当日の道路事情等により送迎時間に差異が生じる場合があります
②	ラジオ体操 ティータイム 朝の集い	9:00 ～ 9:30	・ 身体の筋肉をほぐす目的でラジオ体操を行います。 ・ お茶やお菓子を召し上がっていただきます。
③	健康チェック (血圧・体温・脈拍) 入浴	9:30 ～ 11:30	・ 健康チェックを行ないます。 ・ その後、お一人おひとりに合わせた入浴を行います。 ・ 回想ゲーム(脳トレーニング)を行います。 ・ 嚥下体操を行います。
④	食事 口腔ケア	12:00 ～ 13:00	・ 当事業所では、ご利用者の嗜好を考慮した献立を職員が立て、食事形態・栄養バランスを考慮した食事をご利用者と共に作り提供します。 ・ 摂取困難な方には、介護職員により食事摂取のお手伝いをさせていただきます。
⑤	休憩・静養 趣味活動	13:00～ 14:00	
⑥	レクリエーション (機能回復訓練)	14:00 ～ 15:10	・ 心身の機能回復を目的としたレクリエーション、ドライブ等を行います。 ・ 生活リハとしてティータイム時のおやつ作りや季節の行事に合わせて作品づくりなどを行います。
⑦	ティータイム	15:10 ～ 15:40	・ 手作りおやつを提供いたします ・ その後、作業療法(生活リハ)として入浴時に使ったタオル等をたたんだりしていただきます。 ・ 嚥下体操を行います。 ・ 季節の歌を皆さんと一緒に歌っていただきます。
⑧	排泄	随時	・ ご利用者の排泄の状況を把握した上で個別的に排泄のお手伝いを致します。
⑨	生活相談	随時	・ ご利用者やご家族の相談を御受け致します。
⑩	健康状態の確認	朝	・ 体温、血圧測定を行い、異常の早期発見に努めます。

① 送迎に関して

送迎専用車両により、運転者(介助に必要な際は介助者同乗)が送迎を行い、必要に応じて送迎車両への乗降及び移動の介助を行います。

送迎時間案内表(別紙)により、ご利用日の送迎時間等を説明し、重要事項説明書の署名・捺印をもってご利用者の同意を得たものとします。

3. 利用料金

(1) 『別紙 1』の利用料金表によって、通所介護サービス利用料に応じたサービス利用料から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額は、ご利用者の所得等に応じて負担割合がかわります）に各加算がついた合計金額をお支払いください。

- ★ ご利用者が要介護認定を受けていない場合には、利用料金の全額をお支払い頂き、認定を受けた後に自己負担金額を除く金額が介護保険から支払われます。（償還払い）
- ★ 「居宅サービス計画書」が作成されていない場合にも「償還払い」となり、当事業所より「サービス提供証明書」を交付した後、自己負担額を除く金額が介護保険より支払われます。
- ★ ご利用者の介護度に変更が生じた場合は、利用料金も変更されています。

(2) その他の料金

- ① その他オムツ代、必要に応じて実費相当額をお支払い頂きます。
- ② 1日の食事サービスに係る費用を頂きます（『別紙 1』参照）

4. 3以外の金品の持ち込みの禁止

ご利用時の利用料など必要以外の金品の持ち込みはご遠慮ください。ご利用者様の都合で持ち込みが必要な場合は自己責任にて管理をお願いすることになります。紛失が発生した場合、事業所では責任を負えないことをご了承ください。

5. 加算について

(1) 入浴介助加算Ⅰ

1日の利用に対して入浴された場合 40／1回

(2) サービス提供体制強加算Ⅲ

ご利用者様に直接サービス提供をする職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30/100 以上である場合

○要支援 1…24/1 月 ○要支援 2…48/1 月 ○要介護…6/1 回

(3) 送迎減算

○同一建物に居住又は同一建物より利用されるご利用者に対し、通所介護を行う場合
▲ 94／1 回

○ご利用者に対し、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合 ▲47／片道

(4) 介護職員等处遇改善加算Ⅱ

1 月に提供したサービス単位数に『別紙 1』の割合を乗じた金額

6. キャンセル料金

ご利用者のご都合によりサービス利用を中止する場合は、下記のキャンセル料金が必要となります。

利用前日に申し出があった場合	無料
ご利用日当日 8：30 までに申し出があった場合	無料
申し出なく休まれた場合	食事代

- ★ 但し、ご利用者の急な状態悪化等（病状・気分不良）の場合や正当な理由がある場合においては、キャンセル料は頂きません。

7. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力を頂いております

医療法人青仁会 池田病院 鹿屋市下祓川町 1830 T E L：0994-43-3434

8. 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族の個人情報を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従事者であった者は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族の個人情報を漏らしません。
- (3) 事業者では、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等が必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報を用います。
- (4) ご利用者の求めに応じてサービス計画・記録等を開示するものとします。

9. 事故発生時の対応について

ご利用者に対するサービスの提供により万一事故が発生した場合は、市・当該ご利用者のご家族・当該ご利用者に係る居宅介護支援事業所並びに包括支援センターに等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

10. 身体拘束その他の行動制限について

- (1) 介護予防認知症対応型通所介護又は、認知症対応型通所介護サービス提供にあたり、ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し身体的拘束その他の方法により利用者の行動を制限しません。
- (2) ご利用者に対し、身体的拘束その他の方法によりご利用者の行動を制限する場合は、当該利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。
- (3) 身体的拘束その他の方法によりご利用者の行動を制限した場合は、事前又は事後速やかに、ご利用者の家族等に対し、ご利用者にする行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。
- (4) ご利用者に対し、身体的拘束その他の方法によりご利用者の行動を制限した場合には、記録に次の事項を記載します。
 - ①ご利用者に対する行動制限を決定したものの氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
 - ②前項に基づくご利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
 - ③前項に基づくご利用者の家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

11. 個人情報の保護

事業者及びその従業員は、利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。
また、個人情報の取り扱いに関する利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき、適切かつ迅速に対応するものとします。

12. 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情受付について

事業者は、相談・苦情の受付窓口担当を配置しており、また、法人として3名の第三者委員をお願いしてあります。第三者委員に直接、相談・苦情をお寄せ頂く事も出来ます。どのようなことでもお気軽にご相談下さい。

※ 要望や苦情等は、窓口担当者にお寄せ頂ければ速やかに対応いたしますが玄関に備え付けられた「ご意見箱」をご利用頂き、管理者に直接お申し出頂くこともできます。

(1) 事業所内受付機関

相談・苦情受付責任者	責任者：入佐 敬子 受付時間：月～土曜日 8：30～17：30（緊急時を除く） 電 話：099-471-3458 FAX：099-471-3457
第三者委員	民生委員：1名 住民代表：2名

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

鹿屋市役所保健福祉部高齢福祉課	所在地：鹿屋市共栄町20番1号 受付時間：8：30～17：00 電 話：0994-43-2111 FAX：0994-41-0701
鹿児島県国民健康保険団体連合会	所在地：鹿児島県鴨池新町7番4号 受付時間：8：30～17：00 電 話：099-206-1084 FAX：099-206-1069
鹿児島県社会福祉協議会	所在地：鹿児島県鴨池新町1-7県社会福祉センター内 受付時間：8：30～16：00 電 話：099-257-3855 FAX：099-251-6779

13. 自己評価

「認知症高齢者グループホームの自己評価項目の参考例」に基づき認知症対応型デイサービス事業者自らがサービスの現状を多角的に分析し改善すべき点を発見し、サービスの質を高める。自己評価実施は、少なくとも年一回行う。

14. 記録に関する開示

デイサービス我が家は、利用者本位のサービスを提供するため、利用者様及び家族の求めに応じて介護、看護の状況を口頭にて報告いたします。

又、利用者様及び家族の求めに応じてサービス提供記録を開示いたします。

15. その他

- (1) 病気等の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康状態の確認等で体調が悪い場合には、サービスの内容の変更又は、サービスを中止することがあります。この場合、実施していないサービス加算料金は返金いたします。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止することがあります。その場合は、ご家族に連絡の上適切に対応します。又、必要に応じて速やかに主治医に・歯科医・当事業所の協力医療機関に連絡をとる等の必要な措置を講じます。緊急の場合は、基本的にご家族の付き添いにより受診をして頂きます。
- (4) この重要事項説明書に記載されていない事項については、介護保険法令その他、諸法令に定めるところを尊重し、双方が誠意をもって協議のうえ定める。

個人情報に関する同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用目的

- （１）介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- （２）上記（１）の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整の為に必要な場合。
- （３）現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2. 個人情報を提供する事業所

- （１）居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所
- （２）病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- （１）個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- （２）個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

利用料金表（利用料金に係る同意書）

サービス利用料金（令和 7 年 4 月改訂）

1. サービス利用料（1 日につき）

項 目	料 金							
サービス 提供時間	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8	8～9	入浴 介助	サービス 提供Ⅲ
要支援 1	475	497	741	760	861	888	40	6
要支援 2	526	551	828	851	961	991		
要介護 1	543	569	858	880	994	1,026		
要介護 2	597	626	950	974	1,102	1,137		
要介護 3	653	684	1,040	1066	1,210	1,248		
要介護 4	708	741	1,132	1161	1,319	1,362		
要介護 5	762	799	1,225	1256	1,427	1,472		
小 計	介護度と利用回数に合わせた料金 + ご利用の加算							
処遇改善Ⅱ	小計に【17.4%】を乗じた金額が加算されます。							
合 計	小計 + 処遇改善Ⅱ							

○ 入浴加算：1 日の利用に対して入浴された場合に加算されます。

○ サービス提供体制強加算Ⅲ：ご利用者様に直接サービス提供をする職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30/100 以上である場合

○ 同一建物減算：同一建物より利用される場合 ▲94/1 回

○ 送迎減算：ご家族が送迎されるなど、事業所で送迎を行わない場合 ▲47/片道

2. 介護保険対象外サービス費・・・昼食代：500 円/1 食

※ 上記は、1 日あたりの介護保険 1 割負担の金額です。各ご利用者の負担割合に準じます。

2 割負担の場合

サービス利用料金（令和 7 年 4 月改訂）

1. サービス利用料（1 日につき）

項 目	料 金							
サービス 提供時間	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8	8～9	入浴 介助	サービス 提供Ⅲ
要支援 1	950	994	1,482	1,520	1,722	1,776	80	12
要支援 2	1,052	1,102	1,656	1,702	1,922	1,982		
要介護 1	1,086	1,138	1,716	1,760	1,988	2,052		
要介護 2	1,194	1,252	1,900	1,948	2,204	2,274		
要介護 3	1,306	1,368	2,080	2,132	2,420	2,496		
要介護 4	1,416	1,482	2,264	2,322	2,638	2,724		
要介護 5	1,524	1,598	2,450	2,512	2,854	2,944		
小 計	介護度と利用回数に合わせた料金 + ご利用の加算							
処遇改善Ⅱ	小計に【17.4%】を乗じた金額が加算されます。							
合 計	小計 + 処遇改善Ⅱ							

○ 入浴加算：1 日の利用に対して入浴された場合に加算されます。

○ サービス提供体制強加算Ⅲ：ご利用者様に直接サービス提供をする職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30/100 以上である場合

○ 同一建物減算：同一建物より利用される場合 ▲188/1 回

○ 送迎減算：ご家族が送迎されるなど、事業所で送迎を行わない場合 ▲94/片道

2. 介護保険対象外サービス費・・・昼食代：500 円/1 食

3 割負担の場合

サービス利用料金（令和 7 年 4 月改訂）

1. サービス利用料（1 日につき）

項 目	料 金							
サービス提供時間	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8	8～9	入浴 介助	サービス 提供Ⅲ
要支援 1	1,425	1,491	2,223	2,280	2,583	2,664	120	18
要支援 2	1,578	1,653	2,484	2,553	2,883	2,973		
要介護 1	1,629	1,707	2,574	2,640	2,982	3,078		
要介護 2	1,791	1,878	2,850	2,922	3,306	3,411		
要介護 3	1,959	2,052	3,120	3,198	3,630	3,744		
要介護 4	2,124	2,223	3,396	3,483	3,957	4,086		
要介護 5	2,286	2,397	3,675	3,768	4,281	4,416		
小 計	介護度と利用回数に合わせた料金 + ご利用の加算							
処遇改善Ⅱ	小計に【17.4%】を乗じた金額が加算されます。							
合 計	小計 + 処遇改善Ⅱ							

○ 入浴加算：1 日の利用に対して入浴された場合に加算されます。

○ サービス提供体制強化加算Ⅲ：ご利用者様に直接サービス提供をする職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30/100 以上である場合

○ 同一建物減算：同一建物より利用される場合 ▲282/1 回

○ 送迎減算：ご家族が送迎されるなど、事業所で送迎を行わない場合 ▲141/片道

2. 介護保険対象外サービス費・・・昼食代：500 円/1 食

介護予防認知症対応型通所介護又は、指定認知症対応型通所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を説明いたしました。

説明日： 令和 年 月 日

介護予防認知症対応型通所介護事業所
指定認知症対応型通所介護
有限会社メディカルウイル 代表取締役 中嶋伸生
デイサービス 我が家
説明責任者氏名 管理者 入佐 敬子

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項、別紙書面の個人情報に関する同意書・利用料金表（利用料金に係る同意書）の説明を受け、指定介護予防認知症対応型通所介護又は、指定認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意いたします。

本説明書を、照する為、利用者及び事業所が記名、押印の上各1通を保有するものとします。

同意日： 令和 年 月 日

ご利用者様 住所 _____

氏名 _____

ご家族様 住所 _____

氏名 _____

本人との関係（ ）

ご家族以外 住所 _____

氏名 _____

本人との関係（ ）

「ご家族様」欄に記載がある場合、「ご家族以外」欄の記載は不要です。
※個人情報に関する同意については、必ずご家族様の同意が必要です。