

**通 所 介 護**  
**【契約書別紙】 第 1 号 通 所 事 業 サービス利用重要事項説明書**  
 (介護予防通所介護相当)

＜ 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 0587-95-8151 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当 生活相談員 加藤 拓磨

\* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 当事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	デイサービスセンター 御桜乃里
所在地	愛知県丹羽郡大口町下小口六丁目124番地2
介護保険指定番号	通所介護 愛知県 2375300072
サービスを提供する対象地域	大口町、扶桑町、犬山市、小牧市、江南市、岩倉市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	常勤換算	計
管理者		1			1	1
生活相談員		2		2	1.4	4
看護職員		1		5	1.4	6
介護職員	2	3	8	2	9.9	15
機能訓練指導員		1	2	5	1.4	8

機能訓練指導員は看護職員が兼務致します。

(3) 当事業所の設備の概要

定員	月曜日～金曜日 40名	静養室	1室 2床
	土曜日 32名	相談室	1室
	日曜日 25名	浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。
食堂兼日常動作訓練室	1室 229.38㎡	送迎車	5台

(4) 営業時間及びサービス提供時間

営業日	月・火・水・木・金・土・日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時10分～午後4時20分 午前10時00分～午後3時20分

3. サービス内容

- ① 送迎 車椅子用のリフトつきの車両にて送迎します。
- ② 食事 栄養士の作成したメニューに応じた食事を提供します。
- ③ 入浴 身体状況に応じた設備で、入浴を行います。
- ④ 個別機能訓練 専門職員が機能訓練を行います。(通所介護利用者)
- ⑤ 口腔機能向上 専門職員が口腔機能向上を目的に実施します。
- ⑥ 栄養改善加算 管理栄養士が低栄養状態の改善等を目的として個別的に実施します。
- ⑦ 生活機能向上グループ活動 生活機能の向上を目的とし、共通グループの活動を行います。  
(介護予防通所介護相当サービス利用者)
- ⑧ 運動器機能向上 運動器の機能向上を目的として個別的に機能訓練を実施します。  
(介護予防通所介護相当サービス利用者)
- ⑨ 選択的サービス複数実施 生活機能の向上の為に選択的サービスのうち、複数のプログラムを組みあわせて実施します。(介護予防通所介護相当サービス利用者)

- ⑩ 認知症加算 当該基準に掲げる職員を配置し、日常生活自立度Ⅲ以上である者の占める割合が20%以上利用された場合に算定します。
- ⑪ 中重度ケア体制加算 当該基準に掲げる職員を配置し、要介護度区分が要介護3以上である者の占める割合が30%以上利用された場合に算定します。
- ⑫ 事業所評価加算 厚生労働大臣が定める基準に適合し、評価された場合に加算します。
- ⑬ 若年性認知症利用者受入加算 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を決め、個々のニーズに応じたサービスを提供します。
- ⑭ サービス提供体制強化加算 当該基準に掲げる区分に従い、所定単位数を加算します。
- ⑮ 介護職員処遇改善加算 厚生労働大臣が定める基準に適合し、介護職員の賃金の改善等を実施している事業所が所定単位数に加算します。
- ⑯ 介護職員等特定処遇改善加算 厚生労働大臣が定める基準に適合し、介護職員の賃金の改善等を実施している事業所が所定単位数に加算します。
- ⑰ 生活相談 常勤の生活相談員が対応いたします。

#### 4. 料金

##### (1) 利用料金

##### ① 第1号通所事業(介護予防通所介護相当サービス)利用料

	介護保険適用時の1ヶ月あたりの自己負担額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1	1672 単位	¥1,696	¥3,391	¥5,087
要支援2	3428 単位	¥3,476	¥6,952	¥10,428

※令和3年9月30日までの間は、上記① 第1号通所事業利用料について所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定します

※1単位あたり10.14円(大口町)の計算に準ずる。

- ② 若年性認知症利用者受入加算(若年性認知症利用者を受け入れた場合)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥244(¥487)(¥730)です。240単位
- ③ サービス提供体制強化加算  
サービス提供体制強化加算Ⅰ(介護福祉士が70%以上配置されている)  
または10年以上の勤続年数のある介護福祉士が25%以上配置されている  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥90(¥179)(¥268)です。88単位(要支援Ⅰ)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥179(¥357)(¥536)です。176単位(要支援Ⅱ)  
  
サービス提供体制強化加算Ⅱ(介護福祉士が50%以上配置されている。)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥73(¥146)(¥219)です。72単位(要支援Ⅰ)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥146(¥292)(¥438)です。144単位(要支援Ⅱ)  
  
サービス体制強化加算Ⅲ(7年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥25(¥49)(¥73)です。24単位(要支援Ⅰ)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥49(¥98)(¥146)です。48単位(要支援Ⅱ)
- ④ 生活機能向上グループ活動加算(複数の利用者と日常生活上の支援活動を実施した場合)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥102(¥203)(¥305)です。100単位
- ⑤ 運動器機能向上加算(運動器の機能向上訓練を個別に実施した場合)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥229(¥457)(¥685)です。225単位
- ⑥ 栄養改善加算(栄養管理等を個別に実施した場合)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥153(¥305)(¥457)です。150単位
- ⑦ 口腔機能向上加算(口腔機能向上のための訓練や指導を個別に実施した場合)  
1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥153(¥305)(¥457)です。150単位

- ⑧ 選択的サービス複数実施加算  
 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)  
 1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥487(¥974)(¥1461)です。480単位  
 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)  
 1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥710(¥1420)(¥2130)です。700単位

- ⑨ 事業所評価加算  
 1ヶ月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥122(¥244)(¥365)です。120単位

⑩ 通所介護利用料(通常規模型)

サービス提供時間 5時間～6時間未満

	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	570 単位	¥578	¥1,156	¥1,734
要介護度2	673 単位	¥683	¥1,365	¥2,048
要介護度3	777 単位	¥788	¥1,576	¥2,364
要介護度4	880 単位	¥893	¥1,785	¥2,677
要介護度5	984 単位	¥998	¥1,996	¥2,994

サービス提供時間 7時間～8時間未満

	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額			
	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	658 単位	¥668	¥1,335	¥2,002
要介護度2	777 単位	¥788	¥1,576	¥2,364
要介護度3	900 単位	¥913	¥1,826	¥2,738
要介護度4	1023 単位	¥1,038	¥2,075	¥3,112
要介護度5	1148 単位	¥1,165	¥2,329	¥3,493

※令和3年9月30日までの間は、上記⑩ 通所介護利用料について所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定します

⑪ 入浴介助加算

入浴介助加算Ⅰ 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行なわれる入浴介助

入浴 1回あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥41(¥82)(¥122)です。40単位  
 入浴介助加算Ⅱ 個別の入浴計画に基づき、個浴や居宅に近い環境にて入浴介助を行なった場合  
 入浴 1回あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥56(¥112)(¥168)です。55単位

⑫ 個別機能訓練 ※機能訓練指導員のもと機能訓練をおこなう。

個別機能訓練加算(Ⅰ)イ 機能訓練指導員を1名以上配置して行う場合

1回あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥57(¥114)(¥171)です。56単位  
 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ (Ⅰ)イに加え提供時間を通じて機能訓練指導員を配置し  
 機能訓練を行なった場合

1回あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥87(¥173)(¥259)です。85単位

個別機能訓練加算(Ⅱ) 利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し  
 当該情報その他必要な情報を活用している場合

1月あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥21(¥41)(¥61)です。20単位

⑬ サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (介護福祉士が70%以上配置されている)

または10年以上の勤続年数のある介護福祉士が25%以上配置されている)

介護保険適用時自己負担額は¥23(¥45)(¥67)です。22単位

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (介護福祉士が50%以上配置されている)

介護保険適用時自己負担額は¥19(¥37)(¥55)です。18単位

サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (7年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている)

介護保険適用時自己負担額は¥7(¥13)(¥19)です。6単位

- ⑭ 口腔機能向上加算(口腔機能向上のための訓練や指導を個別的に実施した場合)  
月2回まで(原則3ヶ月)介護保険適用時の自己負担額は¥153(¥305)(¥457)です。150単位
- ⑮ 栄養改善加算(管理栄養士等が栄養管理等を個別的に実施した場合)  
月2回まで(原則3ヶ月) 介護保険適用時の自己負担額は¥153(¥305)(¥347)です。150単位  
介護保険適用時自己負担額は¥19(¥37)(¥55)です。 18単位
- ⑯ 若年性認知症利用者受入加算(若年性認知症利用者を受け入れた場合)  
1日あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥61(¥122)(¥183)です。60単位
- ⑰ 認知症加算(日常生活自立度Ⅲ以上である者の占める割合が20%以上である場合)  
1日あたり 介護保険適用時の自己負担額は¥61(¥122)(¥183)です。60単位
- ⑱ 中重度者ケア体制加算  
1日あたり介護保険適用時の自己負担額は¥46(¥92)(¥137)です。45単位

○介護処遇改善について(令和6年6月1日以降)

介護職員処遇等改善加算

- 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 一ヵ月あたりの所定単位の9.2%に相当する単位数
- 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 一ヵ月あたりの所定単位の9.0%に相当する単位数
- 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 一ヵ月あたりの所定単位の8.0%に相当する単位数
- 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) 一ヵ月あたりの所定単位の6.4%に相当する単位数

⑲ 科学的介護推進体制加算

- 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)1月あたり介護保険適用時の自己負担額は¥41(¥82)(¥122)です。40単位
- 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)1月あたり介護保険適用時の自己負担額は¥61(¥122)(¥183)です。60単位

※ 利用者に対してその居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道に付き、47単位を所定単位数から減算する。

※ 地域別単価:7級地 10.14円

自己負担金額は介護保険負担割合証に記載された負担割合(1割または2割)となります  
料金表の( )内は2割負担、3割負担の金額です

※ サービス利用料金は、小数点処理が発生しますので若干の差異が生じる場合があります

昼食: ¥682                      夕食: ¥575 (希望される方のみです。)

パット: ¥50    テープオムツ: ¥50    紙パンツ: ¥100

ただし該当される方で、当センターのオムツを使用された場合です。

①事業実施地域の境界線より(最短距離で)、片道10キロメートル未満の場合。 片道1回あたり ¥1,000です。
②事業実施地域の境界線より(最短距離で)、片道10キロメートル～20キロメートルまでの場合。 片道1回あたり ¥2,000です。
③以降10キロメートル毎に、片道1回あたりにつき¥1,000ずつ加算されます。

延長利用料(全額自己負担)

1時間未満	¥ 500
1時間以上2時間未満	¥1, 000
2時間以上3時間未満	¥1, 500

その他

上記の他、レクリエーションにかかる材料実費等は自己負担となります。

(2) キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合	682円

(3) 支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、20日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、預金口座振替及びコンビニ決済とさせていただきます。

## 5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、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とご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者や家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終ることができません。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払を2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10日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者や家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

## 6. 当事業所の特徴等

### (1) 運営の方針

- ① 当事業所は、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ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等を行なうことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るための援助を行ないます。
- ② 当事業所は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供します。特に、認知症の状態にある要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に応じたサービスの提供を行います。

### (2) サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 送迎時間の連絡                      送迎の時間は事前に連絡いたします。ただし、交通の状況等により時間が前後する場合があります。また事業所の都合により時間の変更をお願いする場合があります。
- ・ 体調確認                              事業所に到着後、看護職員による体温・血圧・脈拍等の測定を行い、利用当日の利用者の体調確認を行ないます。
- ・ 体調不良等による                      利用者の体調不良等によりサービスを中止・変更する場合は、サービスの中止・変更                      家族等に連絡し、対応いたします。
- ・ 食事のキャンセル                      利用者の体調不良等により食事をキャンセルする場合は、キャンセル料として食費をいただきます
- ・ 設備、器具の利用                      事業所内の設備、器具は本来の用法に従って、ご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償して頂く場合がございます。
- ・ 飲酒、喫煙                              飲酒、喫煙は家族等の同意があれば原則として自由です。ただし、他の利用者に迷惑をかけないようにして下さい。喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。
- ・ 所持品の持ちこみ                      貴重品、高額の現金の持ち込みはご遠慮下さい。紛失等の責任を負いかねる場合がございます。
- ・ ペット類の持ちこみ                      事業所内への、ペット類の持ち込みはお断りいたします。
- ・ 宗教、政治活動                      事業所内で、事業者やサービス従業者または他の利用者に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮下さい。

## 7. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無

有

無

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	

## 8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急病院、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医

医療機関	
医師名	
住所	
電話番号	

緊急連絡先

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

## 9.非常災害対策

- ・ 防災時の対応 別途定める「特別養護老人ホーム御桜乃里 消防計画」に従って対応いたします。
- ・ 防災設備 スプリンクラー、自動火災報知器、屋内消火栓、非常通報装置、非常用電源、防火扉等を設置。
- ・ 防災訓練 別途定める「特別養護老人ホーム御桜乃里 消防計画」に従って避難訓練等を実施します。
- ・ 防火責任者 施設長 神邊 篤史

## 10. サービス内容に関する相談・苦情

### ① 当施設ご利用者相談・苦情担当

担当 加藤 拓磨 電話 0587-95-8151

### ② 事業実施地域市町村役場

大口町 電話 0587-94-0051 扶桑町 電話 0587-93-1111

岩倉市 電話 0587-38-5809 犬山市 電話 0568-61-1800

小牧市 電話 0568-76-1127 江南市 電話 0587-54-1111

### ③ その他

苦情処理相談窓口 愛知県国民健康保険団体連合会介護福祉課内 苦情相談室  
電話 052-971-4165

名称・法人種別 社会福祉法人 愛生福祉会  
代表者職・氏名 理事長 増 井 香 織  
本部所在地 愛知県名古屋市北区鳩岡町1丁目7番地20  
定款の目的に定めた事業

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1. 介護老人福祉施設事業    | 11. 生活援助員派遣事業      |
| 2. 地域密着型介護老人福祉施設 | 12. 配食サービス事業所      |
| 3. 軽費老人ホームケアハウス  | 13. 認知症対応型共同生活介護事業 |
| 4. 軽費老人ホーム       | 14. 事業所内託児所        |
| 5. 短期入居生活介護事業    | 15. 養護老人ホーム        |
| 6. 高齢者自立支援短期事業所  | 16. サービス付き高齢者向け住宅  |
| 7. 通所介護事業        | 17. 介護員養成研修事業      |
| 8. 訪問介護事業        | 18. 調剤薬局           |
| 9. 訪問入浴介護事業      | 19. 診療所            |
| 10. 居宅介護支援事業     | 20. 訪問看護事業         |

通所介護サービス・介護予防通所介護相当サービスの提供開始にあたり、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 愛知県丹羽郡大口町下小口六丁目124番地2  
名称 デイサービスセンター 御桜乃里  
管理者 神邊 篤史 印

説明者 所属 デイサービスセンター御桜乃里  
氏名 櫻木 梨佳 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護サービス・介護予防通所介護相当サービスについての重要事項の説明をうけ、了承しました。

利用者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者保証人)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との続柄