

【契約書別紙】

共用型指定認知症対応型通所介護サービス及び 介護予防共用型指定認知症対応型通所介護サービス利用重要事項説明書

＜ 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 052-509-7717（午前9時00分～午後6時00分まで）

担当 浦田 真志

* 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	デイホーム中小田井
所在地	愛知県名古屋市西区中小田井五丁目240番地
介護保険指定番号	2390400048
サービスを提供する対象地域	名古屋市西区

※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	非常勤	計
管理者	1		1
介護職員	3	11	14

(3) 当事業所の設備の概要

定 員	: 3名	浴 室	: 一般浴槽
食堂兼機能訓練室	: 2室	送迎車	: 2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（但し12月31日～1月3日を除く）
営 業 時 間	午前9時～午後6時
サービス提供時間	午前9時15分～午後6時00分

3. サービス内容

- ① 送 迎 送迎車両にて送迎いたします。
- ② 食 事 栄養のバランスを考えたメニューの食事を提供いたします。
- ③ 入 浴 一般浴槽にて入浴をしていただきます。
- ④ 機能訓練 日常動作が低下しないよう、身体を動かす機会を作ります。

4. 料金

(1) 利用料金

① イ 7時間以上8時間未満利用の場合

介護予防通所介護利用料

介護度	介護保険負担割合 1割負担	介護保険負担割合 2割負担	介護保険負担割合 3割負担
要支援1	¥ 525	¥ 1,050	¥ 1,575
要支援2	¥ 556	¥ 1,112	¥ 1,668

通所介護利用料

介護度	介護保険負担割合 1割負担	介護保険負担割合 2割負担	介護保険負担割合 3割負担
要介護度1	¥ 567	¥ 1,134	¥ 1,701
要介護度2	¥ 587	¥ 1,174	¥ 1,761
要介護度3	¥ 607	¥ 1,214	¥ 1,821
要介護度4	¥ 626	¥ 1,252	¥ 1,878
要介護度5	¥ 648	¥ 1,296	¥ 1,944

ロ 8時間以上9時間未満利用の場合

介護予防通所介護利用料

介護度	介護保険負担割合 1割負担	介護保険負担割合 2割負担	介護保険負担割合 3割負担
要支援1	¥ 542	¥ 1,084	¥ 1,626
要支援2	¥ 573	¥ 1,146	¥ 1,719

通所介護利用料

介護度	介護保険負担割合 1割負担	介護保険負担割合 2割負担	介護保険負担割合 3割負担
要介護度1	¥ 585	¥ 1,170	¥ 1,755
要介護度2	¥ 606	¥ 1,212	¥ 1,818
要介護度3	¥ 626	¥ 1,252	¥ 1,878
要介護度4	¥ 647	¥ 1,294	¥ 1,941
要介護度5	¥ 670	¥ 1,340	¥ 2,010

③ 入浴費（入浴した場合）

1割負担(¥44)

2割負担(¥88)

3割負担(¥132)

④ 延長料金(希望日のみ)

延長 1 (利用時間が9時間以上10時間未満の場合)

1割負担(¥55)

2割負担(¥110)

3割負担(¥165)

延長 2 (利用時間が10時間以上11時間未満の場合)

1割負担(¥109)

2割負担(¥218)

3割負担(¥327)

延長 3 (利用時間が11時間以上12時間未満の場合)

1割負担(¥163)

2割負担(¥326)

3割負担(¥489)

⑤ 若年性認知症加算(65歳未満の方)

担当者:西尾 洋司

1割負担(¥65)

2割負担(¥130)

3割負担(¥195)

⑥ サービス提供体制強化加算Ⅱ

1割負担(¥7)

2割負担(¥14)

3割負担(¥21)

⑧ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ

1ヶ月の利用金額に 174/1,000 を掛けた金額の1割～3割が自己負担額です。

※施設の体制、介護保険法の改正により、変更を伴う場合がございます。

⑨ 食費(全額自己負担)

昼食代：¥550 (おやつ代¥100を含む)

朝食代：¥300 (希望者のみ)

夕食代：¥450 (希望者のみ)

⑩ 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。

※ 上記①から⑩につきましては、端数処理の関係上、1ヶ月あたりの料金に直しますと若干の変動があります。

(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。

ア. 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
イ. 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	¥450

(3) 支払方法

毎月、15日以降に前月分の請求をいたしますので、翌月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あります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

③ 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す。
- ・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きます場合があります。

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。但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、デイサービス職員による体温・血圧・脈拍等の測定をし、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
サービスの中止・変更 | 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、家族等に連絡し、対応します。 |
| ・食事のキャンセル | 利用者の体調不良等により当日食事をキャンセルする場合は、キャンセル料として¥450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あります。 |
| ・飲酒、喫煙 | 飲酒、喫煙は原則として禁止です。 |
| ・所持品の持ちこみ | 貴重品、高額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ご遠慮下さい。 |
| ・宗教、政治活動 | 事業所内で、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. 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、事前の打ち合わせにより、主治医、救急病院、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

救急病院	病院名		
	連絡先		
主治医	主治医氏名		
	連絡先		
ご家族	氏名		
	連絡先		

8. 非常災害対策

- ・防災時の対応 別途定める「グループホーム中小田井 消防計画」に従って対応します。
- ・防災設備 自動火災報知器、スプリンクラー、屋内消火器、非常通報装置、非常口を設置しています。
- ・防災訓練 別途定める「グループホーム中小田井 消防計画」に従って、避難訓練等を実施します。
- ・防火責任者 西 尾 洋 司

9. 虐待防止のための措置について

- 1 ご利用者の人権擁護、虐待防止のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対して研修を実施する等の対策を講ずる。
- 2 虐待発生又はその再発防止をするため、以下の措置を講ずる。
 - ①虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会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る。
 - ②虐待防止のための指針を整備する。
 - ③従業者に対して、虐待防止のための研修を定期的に行う。
 - ④上記措置を適切に実施するための担当者を設置する。

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 浦田 真志 電話 052-509-7717
 - ② 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保険室
電話 052-971-4165
名古屋市役所健康福祉局高齢福祉部
電話 052-972-2592
- 第三者委員 岡寄 律子
佐藤 望

11. 当法人の概要

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	愛知県名古屋市中区鵜岡町1丁目7番地20																																								
定款の目的に定めた事業	<table><tr><td>1. 介護老人福祉施設事業</td><td>8箇所</td></tr><tr><td>2. 地域密着型介護老人福祉事業</td><td>2箇所</td></tr><tr><td>3. 軽費老人ホーム</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>4. 軽費老人ホームケアハウス</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>5. 短期入所生活介護事業</td><td>10箇所</td></tr><tr><td>6. 高齢者短期入所ベッド確保事業</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>7. 通所介護事業</td><td>8箇所</td></tr><tr><td>8. 認知症対応型老人共同生活援助事業</td><td>3箇所</td></tr><tr><td>9. 訪問介護事業所</td><td>4箇所</td></tr><tr><td>10. 訪問入浴介護事業</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>11. 居宅介護支援事業</td><td>4箇所</td></tr><tr><td>12. 配食サービス事業所</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>13. 生活援助員派遣事業</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>14. 事業所内託児所</td><td>3箇所</td></tr><tr><td>15. 養護老人ホーム</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>16. サービス付き高齢者向け住宅</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>17. 介護員養成研修事業</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>18. 調剤薬局</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>19. 診療所</td><td>1箇所</td></tr><tr><td>20. 訪問看護</td><td>1箇所</td></tr></table>	1. 介護老人福祉施設事業	8箇所	2. 地域密着型介護老人福祉事業	2箇所	3. 軽費老人ホーム	1箇所	4. 軽費老人ホームケアハウス	1箇所	5. 短期入所生活介護事業	10箇所	6. 高齢者短期入所ベッド確保事業	1箇所	7. 通所介護事業	8箇所	8. 認知症対応型老人共同生活援助事業	3箇所	9. 訪問介護事業所	4箇所	10. 訪問入浴介護事業	1箇所	11. 居宅介護支援事業	4箇所	12. 配食サービス事業所	1箇所	13. 生活援助員派遣事業	1箇所	14. 事業所内託児所	3箇所	15. 養護老人ホーム	1箇所	16. サービス付き高齢者向け住宅	1箇所	17. 介護員養成研修事業	1箇所	18. 調剤薬局	1箇所	19. 診療所	1箇所	20. 訪問看護	1箇所
1. 介護老人福祉施設事業	8箇所																																								
2. 地域密着型介護老人福祉事業	2箇所																																								
3. 軽費老人ホーム	1箇所																																								
4. 軽費老人ホームケアハウス	1箇所																																								
5. 短期入所生活介護事業	10箇所																																								
6. 高齢者短期入所ベッド確保事業	1箇所																																								
7. 通所介護事業	8箇所																																								
8. 認知症対応型老人共同生活援助事業	3箇所																																								
9. 訪問介護事業所	4箇所																																								
10. 訪問入浴介護事業	1箇所																																								
11. 居宅介護支援事業	4箇所																																								
12. 配食サービス事業所	1箇所																																								
13. 生活援助員派遣事業	1箇所																																								
14. 事業所内託児所	3箇所																																								
15. 養護老人ホーム	1箇所																																								
16. サービス付き高齢者向け住宅	1箇所																																								
17. 介護員養成研修事業	1箇所																																								
18. 調剤薬局	1箇所																																								
19. 診療所	1箇所																																								
20. 訪問看護	1箇所																																								

通所介護サービスの提供開始にあたり、契約書および本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 愛知県名古屋市西区中小田井五丁目240番地

名 称 デイホーム中小田井

管理者 西 尾 洋 司 印

説明者 氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護サービスについての重要事項の説明を受け、
了承しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

(代筆者) 氏名

(利用者保証人)

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____