

# (介護予防) 認知症対応型通所介護 重要事項説明書

(令和6年12月1日現在)

## 1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

○電話 047-320-7113 (午前9時～午後5時まで)

○デイサービス担当 管理者 椎名 栄 (介護福祉士)

\*ご不明な点は、なんでもおたずねください。

## 2. (介護予防) 認知症対応型通所介護サービスの概要

### (1) 事業所の概要

|          |  |
|----------|--|
| 事業者名     | 柏井デイサービスセンター   |
| 所在地      | 千葉県市川市柏井町4丁目229番地4                                   |
| 介護保険指定番号 | 認知症対応型通所介護事業所、介護予防認知症対応型通所介護事業所<br>(市川市 1270800228号) |
| 管理者名     | 椎名 栄   |

### (2) 事業者の目的

介護保険法の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り、自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に対し、認知症対応型通所介護サービス及び介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。

### (3) 開設(サービス開始)年月日

平成10年 9月 1日

### (4) 通常の事業の実施地域

市川市

### (5) 利用定員

認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護を合わせて  
月曜日から金曜日 12名

### (6) 営業日・営業時間

|           |                                |
|-----------|--------------------------------|
| 営業日       | 月曜日から金曜日<br>(但し、12月30～1月3日は除く) |
| 受付時間      | 8:15～17:15                     |
| サービス提供時間帯 | 9:15～16:30                     |

### (7) デイサービスセンターの概要

| 利用フロアー               | 設 備                               |
|----------------------|-----------------------------------|
| 食堂兼機能訓練室<br>(102.1㎡) | 食卓・テレビ・カラオケ<br>リハビリ機器・筋力トレーニングマシン |
| 浴 室                  | 一般浴・リフト浴・特殊浴槽                     |
| 便所・洗面所               | 男女別                               |
| 静 養 室                | 介護用ベッド・吸引器・酸素                     |
| 送 迎 車 両              | 数台                                |
| 相談室                  | 1室                                |

## 3. 職 員 配 置

### 職員体制

|                           | 配置人数   |
|---------------------------|--------|
| 管 理 者                     | 1 (兼務) |
| 生 活 相 談 員                 | 1 以上   |
| 機 能 訓 練 指 導 員             | 1 以上   |
| 介 護 職 員<br>または<br>看 護 職 員 | 2 名以上  |

※認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護の兼任

## 4. (介護予防) 認知症対応型通所介護サービス内容と利用料金・支払い方法

### (1) サービス内容

個別サービス計画に沿って、以下のサービス及びその他必要な介護等を行います。

1. 送 迎・・・当センターの専用車輛にてご自宅から送り迎えをいたします。
2. 食 事・・・高齢者の栄養バランスを考えた献立をご用意します。
3. 入 浴・・・身体に障害のある方でもゆっくり入浴を楽しんでいただけます。
4. 個別援助・・・機能訓練指導員の指導で行います。(機能訓練・若年性認知症利用者受入)

## (2) 利用料金

### 1. 基本料金（7時間から8時間未満の場合）

#### ① 利用料（単独型 認知症対応型通所介護）

| 1日あたりの単位数 |       |
|-----------|-------|
| 要介護度 1    | 994   |
| 要介護度 2    | 1,102 |
| 要介護度 3    | 1,210 |
| 要介護度 4    | 1,319 |
| 要介護度 5    | 1,427 |

#### 利用料（単独型 介護予防認知症対応型通所介護）

| 1日あたりの単位数 |     |
|-----------|-----|
| 要支援 1     | 861 |
| 要支援 2     | 961 |

#### ② 各種加算・減算（単位数）

| 区 分                            | 単位数     | 備 考  |
|--------------------------------|---------|--|
| 2時間以上3時間未満減算                   | ×63/100 | 2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護を行う場合                   |
| 送迎未実施減算（片道）                    | -47     | 送迎を行わない場合                                    |
| 感染症・災害の発生を理由とする利用者数の減少に対する加算   | +3/100  | 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合          |
| 入浴介助加算（Ⅰ）                      | 40      | 入浴中のご利用者の観察を含む援助を行った場合に、1日につき加算されます。         |
| 入浴介助加算（Ⅱ）                      | 55      | 個別の入浴計画を作成し計画に基づいて入浴介助を行った場合に、1日につき加算されます。   |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ）                  | 100     | 外部の専門職と連携して機能訓練を行った場合に、1月につき加算されます。          |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）<br>（個別機能訓練算定の場合） | 100     |  |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）                    | 27      | 専門資格を有する職員が作成した計画による機能訓練を行った場合に、1日につき加算されます。 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）                    | 20      | 科学的介護情報システム（LIFE）に対応した場合に、1月につき加算されます。       |
| ADL維持等加算（Ⅰ）                    | 30      | ADL評価測定の状態に応じて、1月につき加算されます。                  |
| ADL維持等加算（Ⅱ）                    | 60      |  |

|                       |     |  |
|-----------------------|-----|--|
| 若年性認知症利用者受入加算         | 60  | 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定め、ご利用者を中心に、そのご利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供したときに、1日につき加算されます。          |
| 栄養アセスメント加算            | 50  | 栄養アセスメントを行った場合に、1月につき加算されます。   |
| 栄養改善加算                | 200 | 低栄養状態の利用者に栄養改善サービスを行った場合に、3ヶ月以内の期間に限り月に2回を限度として、1回につき加算されます。                           |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）     | 20  | 口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、利用開始時及び利用中6月ごと1回につき加算されます。                                |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）     | 5   |  |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ）           | 150 | 口腔機能向上サービスを行った場合に、3ヶ月以内の期間に限り月に2回を限度として、1回につき加算されます。                                   |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）           | 160 |  |
| 科学的介護推進体制加算           | 40  | 科学的介護情報システム（LIFE）に対応した場合に、1月につき加算されます。   |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ         | 22  | 職員の資格、勤続年数の体制に応じて、いずれかの加算が1回につき算定されます。   |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ         | 18  |  |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ         | 6   |  |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ<br>（1ヵ月） |     | 認知症対応型通所介護サービス費と各種加算等を合計した総単位数に決められた加算率（ <u>18.1%</u> ）を乗じた金額となります。                    |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ<br>（1ヵ月） |     | 認知症対応型通所介護サービス費と各種加算等を合計した総単位数に決められた加算率（ <u>17.4%</u> ）を乗じた金額となります。<br>ⅠかⅡのいずれかが加算されます |

※上記加算項目中、「ADL維持等加算（Ⅰ）、同（Ⅱ）」は、介護予防認知症対応型通所介護サービスでは設定がありません。

※上記単位数に事業所所在地の地域加算率（市川市：10.55）を乗じた総額から、「介護保険負担割合証」に記載の給付率が90%の場合、9割を引いた1割分がご利用者負担料金になります。ただし、端数切捨てによる計算上1～2円程度の誤差が生じます。

### ③その他の料金

|                   |              |      |
|-------------------|--------------|------|
| 昼食費               | 昼食の費用        | 700円 |
| 行事活動費用（郊外遊歩・余暇活動） | 入場料・飲食費・交通費等 | 実費   |
| クラブ活動             | 1回の材料費等の費用   | 実費   |

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。

その場合は一旦利用料金の全額をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、各保険者の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

### (3) 支払方法

お支払方法は原則として、当月の料金の合計額を翌月 27 日頃に銀行口座振替又はゆうちょ銀行自動払込みの方法で支払いをお願いいたします。郵送された請求書金額をご確認の上、口座振替又は自動払込される口座にご入金ください。

※口座開設が間に合わない、残高不足による口座振替または自動払込み不能、ご逝去による口座閉鎖等に関しましては、上記のお支払方法ではなく、現金又は指定口座へ振込にてお支払いいただきます。

## 5. 事業所の利用にあたっての留意事項

- 見学 事業所の見学時間は、通常、9時00分から17時00分と致します。
- 喫煙 敷地内は全館禁煙となっております。
- 所持品の持込 衣類など身の回り品に限らせていただきます。
- 設備・器具の利用 施設内規則にのっとりご利用ください。
- 宗教・政治・営利活動 ご遠慮ください。

## 6. 健康上の理由による中止

- 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。また、ご利用中に体調が悪くなった場合にもサービス内容の変更又は中止をすることがあります。このような場合にはご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医又は歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。
- 緊急連絡先（第1連絡先・第2連絡先・主治医・医療機関）に変更等がございましたら事業所までご連絡下さい。

## 7. キャンセル規定

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。

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| ご利用日の当日のご連絡またはご連絡がなかった場合 | 食費（700円） |
|--------------------------|----------|

※同月内であれば、ご希望の日に振替ることができます。その場合、上記キャンセル料はかかりません。ただし、定員数分の予約が入っている日には振替できませんのでご了承ください。

※病状の急変等やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

## 8. 非常災害対策

- ・ 災害時対応：(携帯) 電話等で急報し、対応マニュアルに沿い、管理者の指示を受け対処します。
- ・ 防災設備：非常通報設備 ・ スプリンクラー、同ポンプ設備等、設備基準に適合
- ・ 防災訓練：年二回 防災訓練実施
- ・ 火元責任者：椎名 栄

## 9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 10. 契約の終了

1. 利用者は、事業者に対して14日間以上の予告期間を置いて文書で通知することにより、本契約を解除することができます。
2. 事業者は、利用者が、次の各号に掲げる事項のいずれかに該当する場合は、30日間以上の予告期間をもって、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
  - (1) 利用者が正当な理由なく利用料とその他自己の支払うべき費用を2か月以上滞納し、相当期間を定めた督促にもかかわらずこれが支払われないとき。
  - (2) 利用者の行動が、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
  - (3) 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、生命の危険性が極めて高く、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
  - (4) 利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。
3. 事業者は、利用者又は利用者の家族等が、故意又は重大な過失により事業者若しくは事業所の職員の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい背信行為を行うことなどによって、この契約を継続し難い重大な事情を生じさせたときは、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができるものとします。
4. 利用者が、次に掲げるいずれかの事由に該当することとなった場合は、この契約は終了するものとします。
  - (1) 利用者が認知症対応型通所介護サービスを利用している場合は、要介護認定において、自立又は要支援と認定されたとき。また、利用者が介護予防認知症対応型通所介護サービスを利用している場合は、要介護認定において、自立又は要介護と認定されたとき。
  - (2) 利用者が、介護保険施設に入所したとき。
  - (3) 利用者が、市外に転居したとき。
  - (4) 利用者が、死亡したとき。
5. 事業者は、前各項の規定による契約の解除又は終了があった場合には、利用者担当の介護支援専門員、事業所が住所を有する市町村等と連絡を取り、この契約の解除後も利用者の健康・生命に支障のないよう必要な措置を講じるように努めます。

### ※サービス利用にあたっての禁止行為

1. 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
2. パワーハラスメント・セクシャルハラスメント・ケアハラスメント・カスタマーハラスメントなどの行為
3. サービス利用中にご契約本人以外の写真や動画撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

## 1 1. サービス内容に関する苦情処理体制について

### (1) 当施設の相談・苦情の受付体制

苦情受付担当者 管理者 椎 名 栄  
苦情解決責任者 センター長 坂 卷 幸 夫  
第三者委員 進 藤 幸 男、久 世 啓 子  
電話番号：047-320-7113

### (2) 法人の相談・苦情受付等

社会福祉法人慶美会 お客様サービス係（特別養護老人ホーム「清山荘」内）  
電話番号：047-337-1231 受付時間：月～金曜日 9時00分～17時00分

### (3) その他、市町村の介護保険担当窓口・地域包括支援センターや国保連合会でも受け付けています。

- ・市川市役所 福祉部 介護保険課 047-712-8548
- ・市川市高齢者サポートセンター大柏（地域包括支援センター） 047-338-6595
- ・千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係 043-254-7428

## 1 2. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、利用されている方々の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会を設置し、定期的を開催するとともに、その結果について介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。
- (2) 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識・技能の向上に努めます。
- (3) 虐待防止担当者を設置し、職員が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる態勢を整えるほか、職員がサービスを利用されている方々の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

<虐待防止体制>

|               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| 虐待防止受付担当者     | 柏井デイサービスセンター<br>管理者 椎 名 栄            |
| 虐待防止受付窓口（連絡先） | TEL 047-320-7113<br>FAX 047-339-7518 |

## 1 3. 第三者による評価の実施状況

実施した年月日 令和7年1月17日（評価確定日）  
実施した評価機関 株式会社 福祉企画総合研究所  
当該結果の開示状況 WAMNET

## 14. 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 慶美会  
代表者役職・氏名 理事長 桑 原 経 子  
本部所在地・電話番号 千葉県市川市柏井町4丁目314番地  
TEL 047-337-1231  
FAX 047-337-6800  
ホームページ [care-net.biz/12/keibikai/](http://care-net.biz/12/keibikai/)

定款の目的に定める事業

- 1・第一種社会福祉事業
- 2・第二種社会福祉事業
- 3・公益事業

施設・拠点等

|            |     |
|------------|-----|
| 通所介護       | 6ヶ所 |
| 認知症対応型通所介護 | 6ヶ所 |
| 介護老人福祉施設   | 7ヶ所 |
| ケアハウス      | 2ヶ所 |
| 短期入所生活介護   | 7ヶ所 |
| 訪問入浴       | 1ヶ所 |
| 訪問介護       | 2ヶ所 |
| 地域包括支援センター | 9ヶ所 |
| 居宅介護支援事業所  | 4ヶ所 |

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にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

(事業所名) 柏井デイサービスセンター  
(事業所所在地) 千葉県市川市柏井町4丁目229番地4  
(法人名) 社会福祉法人 慶美会  
(所在地) 千葉県市川市柏井町4丁目314番地  
(代表者名) 理事長 桑原 経子 印

説明者 所属 柏井デイサービスセンター  
氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型通所介護利用及び介護予防認知症対応型通所介護についての重要事項の説明を受けました。

(利用者) 住所.....  
.....  
氏名.....印

(代理人) 住所.....  
.....  
氏名.....印  
続柄 ( )