

認知症対応型通所介護 重要事項説明書

< 2025年 4月 1日 現在 >

1. 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と地域

名 称	社会福祉法人 賛育会 佐倉デイサービスセンター
所在地	静岡県御前崎市宮内70
介護保険指定番号	認知症対応型通所介護 静岡県 2275690101 (単独型)
サービスを提供する対象地域	御前崎市 牧之原市

(2) 認知症対応型通所介護の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名(兼務)		1名(兼務)
生活相談員		2名以上(兼務2)		2名以上(兼務2)
機能訓練員	看護師		4名(兼務4)	4名(兼務4)
	理学療法士	1名(兼務)		1名(兼務)
	あん摩マッサージ指圧師		1名(兼務)	1名(兼務)
看護師			5名(兼務5)	5名(兼務5)
介護員		1名(兼務1)	3名(兼務3)	4名(兼務4)
その他	調理員	業務委託		
	運転手		4名	4名

(3) 同センターの設備の概要

定員	通所介護・介護予防通所サービス29名 認知症対応型通所介護12名		
食堂兼機能訓練室	2室	相談室	1室
浴室	2室(一般浴槽、特殊浴槽)	静養室	1室
送迎	送迎車 6台		

(4) サービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前8時から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時20分から午後4時30分まで(7時間10分)
定休日	日曜日 年始(1/1～1/3)

2. 担当者 生活相談員

連絡先 0537-85-8120

3. 認知症対応型通所介護の内容

- ・ご利用可能設備等 食堂・機能訓練室
相談室・静養室
浴室（一般浴槽・特殊浴槽）
- ・サービス内容 認知症対応型通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供
入浴介助、機能訓練、生活相談・生きがい活動（趣味活動）等
を行います。

4. 利用料金

- ・基本部分:認知症対応型通所介護費 所要時間:7 時間以上 8 時間未満

要介護度	通所介護費（1 回あたり）				
	単位数	基本利用料 ※（注 1）参照	利用者負担金 自己負担 1 割の場合 ※（注 2）参照	利用者負担金 自己負担 2 割の場合 ※（注 2）参照	利用者負担金 自己負担 3 割の場合 ※（注 2）参照
要介護 1	994	9,940 円	994 円	1,988 円	2,982 円
要介護 2	1,102	11,020 円	1,102 円	2,204 円	3,306 円
要介護 3	1,210	12,100 円	1,210 円	2,420 円	3,630 円
要介護 4	1,319	13,190 円	1,319 円	2,638 円	3,957 円
要介護 5	1,427	14,270 円	1,427 円	2,854 円	4,281 円

- ・加算・減算 要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算・減算の種類	加算・減算額（1 回あたり）				
	単位数	基本利用料 ※（注 1）参照	利用者負担金 自己負担 1 割の場合 ※（注 2）参照	利用者負担金 自己負担 2 割の場合 ※（注 2）参照	利用者負担金 自己負担 3 割の場合 ※（注 2）参照
入浴介助加算（Ⅰ）	40/日	400 円	40 円	80 円	120 円
入浴介助加算（Ⅱ）	55/日	550 円	55 円	110 円	165 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	27/日	270 円	27 円	54 円	81 円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20/月	200 円	20 円	40 円	60 円
口腔・栄養スクリーニング加算 （Ⅰ） （6 ヶ月に 1 回）	20/回	200 円	20 円	40 円	60 円
口腔・栄養スクリーニング加算 （Ⅱ） （6 ヶ月に 1 回）	5/回	50 円	5 円	10 円	15 円
口腔機能向上加算（Ⅰ） （月 2 回まで）	150/回	1,500 円	150 円	300 円	450 円
口腔機能向上加算（Ⅱ） （月 2 回まで）	160/回	1,600 円	160 円	320 円	480 円
若年性認知症利用者受入加算	60/日	600 円	60 円	120 円	180 円

加算・減算の種類	加算・減算額（1回あたり）				
	単位数	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 自己負担1割の場合 ※（注2）参照	利用者負担金 自己負担2割の場合 ※（注2）参照	利用者負担金 自己負担3割の場合 ※（注2）参照
送迎減算（片道につき）	▲47	▲470 円	▲47 円	▲94 円	▲141 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22/回	220 円	22 円	44 円	66 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100/月	1,000 円	100 円	200 円	300 円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200/月	2,000 円	200 円	400 円	600 円
ADL維持等加算（Ⅰ）	30/月	300 円	30 円	60 円	90 円
ADL維持等加算（Ⅱ）	60/月	600 円	60 円	120 円	180 円
科学的介護推進体制加算	40/月	400 円	40 円	80 円	120 円
栄養アセスメント加算	50/月	500 円	50 円	100 円	150 円
栄養改善加算 （月2回まで）	200/月	2,000 円	200 円	400 円	600 円
介護職員等処遇改善加算 （Ⅰ）	（基本利用料＋各種加算 減算）の 18.1%		左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
介護職員等処遇改善加算 （Ⅱ）	（基本利用料＋各種加算 減算）の 17.4%		左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
介護職員等処遇改善加算 （Ⅲ）	（基本利用料＋各種加算 減算）の 15.0%		左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
介護職員等処遇改善加算 （Ⅳ）	（基本利用料＋各種加算 減算）の 12.2%		左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割

（注1）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

（注2）介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

（注3）上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

（注4）感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも5%以上減少している場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の3%に相当する単位数が所定単位数に加算されます。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合には、当該加算の期間が終了した月の翌月から更に3月以内に限り、引き続き1回につき所定単位数の3%に相当する単位数が所定単位数に加算されることがあります。

- ・自己負担額

認知症対応型通所介護基本料金に加算金額を加えた額の法令の定める自己負担額となりますので必ず介護保険負担割合証をご確認ください。

介護保険外の自己負担費用

- ・昼食代 1食当たり780円（おやつ代を含む）
- ・延長時間と料金

午後4時30分から午後7時までの間で延長利用出来ます。

料金は30分、500円をいただきます。

ご利用には申込書の提出とご利用前日までにご連絡をお願いします。

＊介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われな
い場合があります。

その場合は一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。
後日、サービス提供証明書をお住まいの市町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻し
を受けることができます。

- ・キャンセル規定

下記の理由でサービスを中止した場合、キャンセル料780円をいただきます。

- ①ご利用当日、午前9時30分以降にお休みのご連絡いただいた場合
- ②なんらかの理由で昼食前にお帰りになった場合

- ・健康上の理由による中止

- ①風邪、病気等の際はデイサービスセンターのご利用をお断りすることがあります。
- ②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または中止するこ
とがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、
ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、状況に応じて救急車の要請や主治医へ
の連絡などの措置を講じます。

5. 料金の支払方法

原則として銀行口座引き落としの方法でお支払いいただきます。毎月、中旬に前月分
請求をいたします。27日（銀行休業の場合は翌営業日）に銀行口座引き落としでお
支払いいただきます。その他、お支払方法はご相談に応じます。

6. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

事前に介護支援専門員とご相談いただいた上、契約となります。介護支援専門員の居
宅サービス計画をもとに認知症対応型通所介護計画書を作成し、サービスの提供を開
始します。

(2) サービスの終了

①ご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ヵ月前までに通知いたします。

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。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者の要介護認定区分が、要支援と認定された場合または、事業対象者と判断された場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当センター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、ご利用者ご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、ご利用者が事業者と解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払を3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、30日以内に支払わない場合、ご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、ご利用者が入院もしくは病気等により、3ヵ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、またはご利用者やご家族などが当センターや当センターのサービス職員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。

7. 当センターの運営の方針

要介護状態等心身の特性を踏まえ、その利用者が可能な限り在宅に於いて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の介護負担の軽減を図るため、必要な日常生活上の介護及び必要な援助を行います。

8. 非常災害対策

施設は消火設備、非常放送設備等、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して、具体的な防災計画・避難計画等をたて、職員及びご利用者が参加する訓練を定期的に実施いたします。

9. 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、ご家族にご連絡し、必要に応じて主治医へ連絡、救急車の要請等の対応をいたします。

緊急連絡先	氏名	続柄 ()	
	住所		
	電話番号	電話	携帯電話
	勤務先	会社名	電話番号
	氏名	続柄 ()	
	住所		
	電話番号	電話	携帯電話
	勤務先	会社名	電話番号
主治医	病院または 診療所		
	医師名		
	住所		
	電話番号	電話	

10. 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は、市町村及びご家族にご連絡し必要な措置を講じます。
- ・サービス提供に伴って事業者の責めに帰すべき事由により、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。

11. サービス内容に関する相談・苦情

佐倉デイサービスセンターでは、ご利用の皆様からの苦情等について次のとおりご相談を受け付けています。承りました苦情等のご相談内容については、必要に応じて本会が委嘱する第三者機関に報告しご利用の皆様の立場にたった公正な解決に努めます。

(1) ご相談窓口

本会の経営または受託する各施設・事業所に設置するほか法人事務局でも窓口を設け苦情等の相談を受け付けています。またインターネットを利用して本会のホームページでも受け付けています。

① 当施設ご利用者相談・苦情担当

責任者 東海清風園施設長 生井 知三

担当者 管理者 増田 光子

連絡先 〒437-1603 御前崎市宮内 70 佐倉デイサービスセンター

電話 0537-85-8120 ファックス 0537-85-8121

② 法人の相談窓口

担当者 法人事務局総務課長

連絡先 〒130-0012 東京都墨田区太平3丁目17番8号

社会福祉法人 賛育会

電話 03-3622-7614 ファックス 03-3829-2302

ホームページ <http://www.san-ikukai.or.jp/>

③ その他の相談窓口

市町名	課名	電話番号	FAX 番号
御前崎市	高齢者支援課	0537-85-1118	0537-85-1142
牧之原市	長寿介護課	0548-23-0076	0548-23-0099

静岡県国民健康保険団体連合会苦情受付窓口	054-253-5590
----------------------	--------------

(2) 苦情対応のための第三者機関について

本会ではご利用の皆様の立場に立った公正な解決を図るため苦情対応のための委員会を第三者に委嘱しています。本会が経営または受託する施設の地域に在住する有識者の方々と本会の監事ら7名で構成されています。

(3) 苦情対応委員会の構成員委員

柴田 光昭氏 (元賛育会理事・職員 特定非営利活動法人共働学舎 ぶどうの会)
阿形 操氏 (前御前崎市民生委員・児童委員 御前崎市地域医療を育む会 代表)
柴田 和子氏 (墨田区保護司会吾嬬西分長)
坂野 修一氏 (特定非営利活動法人 町田フレンズサポート 事務局長)
坂根 慶子氏 (すみだ共生社会推進センター運営委員
すみだ共生社会推進センター協力委員)
田宮 一茂氏 (社会福祉法人ベタニヤホーム 法人事務長)
齊藤 希世氏 (東京 YMCA 教育・保育事業部統括)

1 2. 第三者評価の受審状況

なし

1 3. 当事業所の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 賛育会

代表者役職・氏名 理事長 平野 昭宏

法人所在地・電話番号 墨田区太平3丁目17番8号 電話 03-3622-7614

東海事業所の事業

特別養護老人ホーム 東海清風園 170床

相良清風園 50床

短期入所	東海清風園（併設型）	8床	（空床型）5床
	相良清風園（併設型）	20床	

東海診療所

池新田デイサービスセンター

自立支援通所サービス ひだまり

佐倉デイサービスセンター

はぎまデイサービスセンター

東海清風園ヘルパーステーション

東海清風園居宅介護支援事業所

東海清風園在宅介護ひだまり支援センター

相良清風園居宅介護支援事業所 たんぽぽ

相良清風園ヘルパーステーション たんぽぽ

確 認 書

年 月 日

認知症対応型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 〔事業者名〕 社会福祉法人賛育会 佐倉デイサービスセンター
〔所在地〕 静岡県御前崎市宮内 70
〔代表者名〕 生井 知三 印
〔説明者〕 印

私は、契約書および本書面により、事業者から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

(代筆者：)

家族代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(利用者本人との関係： _____)

代理人（成年後見人及び委任状による受任者）
 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 （利用者本人との関係： _____）

別記、「当通所施設における個人情報の利用目的」の内容を理解し、私およびは家族の個人情報を用いることに同意します。

利用者 住 所

氏 名 印

(代筆者：)

家族代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(利用者本人との関係： _____)

代理人（成年後見人及び委任状による受任者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(利用者本人との関係： _____)

(別 記)

当事業所における個人情報の利用目的

- サービス提供のため
 - ・当事業所での介護サービスの提供
 - ・利用者様にサービスを提供する他の居宅介護サービス事業者や居宅介護支援業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・利用者様が受診する医療機関からの照会への回答
 - ・給食等業務委託
 - ・ご家族等への心身の状況説明
- 介護保険請求事務等のため
 - ・当事業所での介護保険の事務及びその委託
 - ・審査支払い機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- 当事業所の管理運営業務のため
 - ・利用者様の入退所等の管理
 - ・会計、経理
 - ・介護事故等の報告
 - ・利用者様の介護サービスの向上
 - ・その他、当事業所の管理運営業務に関する利用
- 事業所賠償保険等にかかる保険会社等への相談又は届け出等のため
- 介護サービスや業務の維持・改善の為に基礎資料のため
- 介護サービス向上を目的とした当施設内でのケース研究のため
- 当事業所において行なわれる学生等の介護実習への協力のため
- 外部監査機関への情報提供のため
 - ・上記の内、他機関への情報提供について同意しがたいものがある場合には、その旨お申し出ください。
 - ・お申し出がないものについては、同意いただいたものとして取り扱わせていただきます。
 - ・これらのお申し出はいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

以上