

デイサービス藤和の泉 重要事項説明書

(指定通所介護)

(介護予防通所介護相当サービス)

ケアサプライシステムズ株式会社

指定通所介護
第一号通所事業{介護予防通所介護相当サービス}
重要事項説明書
〔令和 7年 4月 1日現在〕

- ☐ 指定通所介護
☐ 第一号通所事業{介護予防通所介護相当サービス}

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	ケアサプライシステムズ株式会社
代表者役職・氏名	代表取締役社長 駒井 将人
本社所在地・電話番号	群馬県高崎市島野町890-8 027-360-5400
法人設立年月日	平成16年9月24日

2 サービスを提供する事業所の概要

（1）事業所の名称等

名 称	デイサービス藤和の泉
事業所番号	（指定事業所番号 1070105935 ）
所在地	〒371-0811 群馬県前橋市朝倉町833-1
電話番号	027-212-1580
FAX番号	027-212-1581
通常の事業の実施地域	前橋市

（2）事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで
営業時間	8：30 ～ 17：30
サービス提供時間	1単位目 9：00 ～ 17：00
延長サービス時間	① 8：00 ～ 9：00 ② 17：00 ～ 18：00

（3）第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施	なし	実施日	—
		評価機関名称	—
		結果の開示	—
		結果開示の状況	—

(4) 事業所の勤務体制

職 種	業務内容	人数
管理者	・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	1名
生活相談員	・生活相談、入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。	2名以上
介護職員	・必要な日常生活の世話及び介護を行います。	8名以上
看護職員	・利用者の健康状態の確認を行います。 ・利用者の病状が急変した場合に利用者の主治の医師の指示を受けて、必要な看護を行います。	1名以上
看護職員	・利用者の健康状態の確認を行います。 ・利用者の病状が急変した場合に利用者の主治の医師の指示を受けて、必要な看護を行います。	2名以上

3 サービス内容

介護サービス

日常生活のお世話

生活指導（相談援助等）

機能訓練（日常生活動作訓練）

介護方法の指導（家族に対する介護方法の指導）

健康状態の確認

送迎

※住宅型有料老人ホーム藤和の苑の入居者は送迎減算の対象です。

ただし、特定の要件を満たす場合は、減算対象となりません。

食事等の提供

入浴サービス

排泄確認

レクリエーション

外出行事

延長サービス

その他利用者に対する便宜の提供

4 利用単位、その他の費用の額

(1) 通所介護の利用について

当事業所は、大規模型Ⅰとなります。

地域区分は、7級地となります。1単位10.14円で計算されます。

ア 基本利用単位

利用した場合の基本利用単位は以下のとおりです。利用者負担は、原則として介護保険負担割合証の負担割合に応じた額となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【通所介護費（通常規模型）】…前年度の月平均延べ利用者数750人以下

利用時間	介護度	基本利用単位	利用時間	介護度	基本利用単位
3時間以上 4時間未満	要介護1	370 単位/日	4時間以上 5時間未満	要介護1	388 単位/日
	要介護2	432 単位/日		要介護2	444 単位/日
	要介護3	479 単位/日		要介護3	502 単位/日
	要介護4	533 単位/日		要介護4	560 単位/日
	要介護5	588 単位/日		要介護5	617 単位/日
5時間以上 6時間未満	要介護1	570 単位/日	6時間以上 7時間未満	要介護1	584 単位/日
	要介護2	673 単位/日		要介護2	689 単位/日
	要介護3	777 単位/日		要介護3	796 単位/日
	要介護4	880 単位/日		要介護4	901 単位/日
	要介護5	984 単位/日		要介護5	1,008 単位/日
7時間以上 8時間未満	要介護1	658 単位/日	8時間以上 9時間未満	要介護1	669 単位/日
	要介護2	777 単位/日		要介護2	791 単位/日
	要介護3	900 単位/日		要介護3	915 単位/日
	要介護4	1,023 単位/日		要介護4	1,041 単位/日
	要介護5	1,148 単位/日		要介護5	1,168 単位/日

【通所介護費（大規模型Ⅰ）】…前年度の月平均延べ利用者数751人以上、900人以下

利用時間	介護度	基本利用単位	利用時間	介護度	基本利用単位
3時間以上 4時間未満	要介護1	358 単位/日	4時間以上 5時間未満	要介護1	376 単位/日
	要介護2	409 単位/日		要介護2	430 単位/日
	要介護3	462 単位/日		要介護3	486 単位/日
	要介護4	513 単位/日		要介護4	541 単位/日
	要介護5	568 単位/日		要介護5	597 単位/日
5時間以上 6時間未満	要介護1	544 単位/日	6時間以上 7時間未満	要介護1	564 単位/日
	要介護2	643 単位/日		要介護2	667 単位/日
	要介護3	743 単位/日		要介護3	770 単位/日
	要介護4	840 単位/日		要介護4	871 単位/日
	要介護5	940 単位/日		要介護5	974 単位/日
7時間以上 8時間未満	要介護1	629 単位/日	8時間以上 9時間未満	要介護1	647 単位/日
	要介護2	744 単位/日		要介護2	765 単位/日
	要介護3	861 単位/日		要介護3	885 単位/日
	要介護4	980 単位/日		要介護4	1,007 単位/日
	要介護5	1,097 単位/日		要介護5	1,127 単位/日

※諸事情により2時間以上3時間未満のサービスを提供した場合は、4時間以上5時間未満基本利用単位の70%に相当する単位を算定します。

※定員を超過した利用者の受け入れ、看護・介護職員の配置時間が不足した際は、基本利用単位の70%に相当する単位を算定します。

※大規模型事業所は、通常規模型事業所の単位を用いて介護保険の給付管理を行います。

（金額計算は大規模型事業所の単位を用いて行われます。）

※大規模型事業所は、災害や感染症等の影響により利用者の減少が発生した場合、ひと月の利用者数が前年度の月均利用者数に戻るまでの間、通常規模型事業所の単位を算定する場合があります。

イ 加算

各要件に当てはまる場合、基本利用単位に以下の単位が加算されます。

（算定対象に○がついている加算が当事業所で算定させて頂く加算となります。）

算定対象	加算の種類	加算の要件	単位
○	感染症等対応加算	感染症または災害の発生を理由として、前年度の月平均延べ利用者数から、5%以上減少した場合	事由発生から3ヶ月間 所定単位の3.0% (延長の場合有り)
○	延長サービス加算 1～5	9時間以上利用の場合	1時間ごとにつき 50単位
○	入浴介助加算Ⅰ	入浴介助に関する研修を受けた従業者が、利用者の入浴介助を行った場合	1日につき 40単位
○	入浴介助加算Ⅱ	入浴介助加算(Ⅰ)の要件に加え、居宅を訪問し、多職種が連携を行い、利用者の身体状況や浴室動作・環境などを踏まえた個別入浴計画を作成し、入浴介助を行った場合	1日につき 55単位
		入浴介助加算(Ⅰ)・(Ⅱ)は、いずれか1つのみの算定となります。	
×	中重度者ケア体制加算	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築していた場合	1日につき 45単位
×	生活機能向上連携加算Ⅰ	外部の理学療法士等から、ICTの活用等により事業所へ訪問することなく助言を受け、共同で個別機能訓練計画を作成している場合	3ヶ月ごとにつき 100単位
×	生活機能向上連携加算Ⅱ 1	外部の理学療法士等から、事業所への訪問により直接助言を受け、共同で個別機能訓練計画を作成している場合	1月につき 200単位
×	生活機能向上連携加算Ⅱ 2	生活機能向上連携加算Ⅱに加えて個別機能訓練加算を算定している場合	1月につき 100単位
		生活機能向上連携加算(Ⅰ)・(Ⅱ 1)・(Ⅱ 2)は、いずれか1つのみの算定となります。	

○	個別機能訓練 加算Ⅰ 1	個別機能訓練計画を作成し、機能訓練指導員が訓練を実施した場合	1日につき 56単位
○	個別機能訓練 加算Ⅰ 2	個別機能訓練加算Ⅰ 1の要件に加え、専従の機能訓練指導員を配置した場合	1日につき 76単位
		個別機能訓練加算（Ⅰ 1）・（Ⅰ 2）は、いずれか1つのみの算定となります。	
○	個別機能訓練 加算Ⅱ	個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合	1月につき 20単位
×	ADL維持等加算Ⅰ	利用開始から6ヶ月ごとにADL値を測定、前回と比較した数値が、事業所全体で一定の値以上となった場合	1月につき 30単位
×	ADL維持等加算Ⅱ	ADL維持等加算Ⅰと同じ評価を行い、より高い値が出た場合	1月につき 60単位
		ADL維持等加算（Ⅰ）・（Ⅱ）は、いずれか1つのみの算定となります。	
×	認知症加算	利用者のうち認知症の割合が一定以上であり、必要な研修を修了した従業者を配置し、事例検討や会議を定期的開催している場合	1日につき 60単位
○	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の担当者を定めていた場合	1日につき 60単位
×	栄養アセスメント 加算	利用者に対し、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合	1月につき 50単位
×	栄養改善加算	管理栄養士が低栄養状態の利用者に対して改善のためのサービスを提供し、3ヶ月ごとに栄養状態の評価を行った場合	1月につき2回 200単位
○	口腔・栄養 スクリーニング 加算Ⅰ	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに口腔・栄養状態 <u>両方の確認</u> を行い、その情報を計画作成担当者に文書で共有した場合	6ヶ月ごとにつき 20単位
○	口腔・栄養 スクリーニング 加算Ⅱ	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに口腔・栄養状態 <u>どちらか片方の確認</u> を行い、その情報を計画作成担当者に文書で共有した場合	6ヶ月ごとにつき 5単位
○	口腔機能向上 加算Ⅰ	利用者の状況に応じて、口腔機能の維持・向上を目的として指導計画を作成し、3ヶ月ごとに機能の評価を行った場合	1月につき2回 150単位
○	口腔機能向上 加算Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰの要件に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出している場合	1月につき2回 160単位
		口腔機能向上加算（Ⅰ）・（Ⅱ）は、いずれか1つのみの算定となります。	

○	科学的介護推進体制加算	少なくとも3ヶ月に1回、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、心身の状況等の情報を厚生労働省に提出している場合	1月につき 40単位
×	サービス提供体制強化加算Ⅰ	下記のいずれかに該当する場合 ①事業所の介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であるとき ②勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上であるとき	1日につき 22単位
×	サービス提供体制強化加算Ⅱ	事業所の介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合	1日につき 18単位
×	サービス提供体制強化加算Ⅲ	下記のいずれかに該当する場合 ①事業所の介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上であるとき ②利用者に直接サービスを提供する従業員の総数に占める7年以上勤続従業員の割合が30%以上であるとき	1日につき 6単位
		サービス提供体制強化加算（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）は、いずれか1つのみの算定となります。	
×	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）または（Ⅱ）に該当の場合	1月につき *所定単位の9.2%
○	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）または非該当の場合	1月につき *所定単位の9.0%
		賃金体系の整備や研修、昇給制度の制定、その見える化といった介護職員の賃金の改善等を実施し、市町村等関係機関に届け出た場合、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）か（Ⅱ）いずれか1つのみの算定となります。	

ウ 減算

各要件に当てはまる場合、基本利用単位から以下の単位が減算されます。

（算定対象に○がついている減算が当事業所で算定させて頂く減算となります。）

算定対象	減算の要件	単位
○	事業所と同一建物内から事業所へ通う場合	1日につき 94単位
○	居宅と事業所との間の送迎を行わない場合	片道につき 47単位

(2) 介護予防通所介護相当サービスの利用について

地域区分は、前橋市の方は7級地となります。1単位10.14円で計算されます。

ア 基本利用単位

利用した場合の基本利用単位は以下のとおりです。利用者負担は、原則として介護保険負担割合証の負担割合に応じた額となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

区分		基本利用単位
1 週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者(週1回利用)・要支援 1	1,798単位／月（日割り 59単位／日）
	事業対象者(週2回利用)・要支援 2	3,621単位／月（日割り119単位／日）
1 月当たりの回数を定める場合	事業対象者(月4回まで)・要支援 1	436単位／回
	事業対象者(月8回まで)・要支援 2	447単位／回

※定員を超過した利用者の受け入れ、看護・介護職員の配置時間が不足した際は、基本利用単位の70%に相当する単位を算定します。

※1週当たりの標準的な回数を定める場合において、利用契約書の第6条3項に該当する場合、基本利用単位は日割りとなります。

イ 加算

各要件に当てはまる場合、基本利用単位に以下の単位が加算されます。

(算定対象に○がついている加算が当事業所で算定させて頂く加算となります。)

算定対象	加算の種類	加算の要件	単位
×	生活機能向上グループ活動加算	自立した日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し、グループで生活機能の向上を目的とした活動を行った場合	1 月につき 100単位
○	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の担当者を定めていた場合	1 月につき 240単位
×	栄養アセスメント加算	利用者に対し、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合	1 月につき 50単位
×	栄養改善加算	管理栄養士が低栄養状態の利用者に対して改善のためのサービスを提供し、3ヶ月ごとに栄養状態の評価を行った場合	1 月につき2回 200単位
○	口腔機能向上加算Ⅰ	利用者の状況に応じて、口腔機能の維持・向上を目的として指導計画を作成し、3ヶ月ごとに機能の評価を行った場合	1 月につき 150単位
○	口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰの要件に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出している場合	1 月につき 160単位
		口腔機能向上加算（Ⅰ）・（Ⅱ）は、いずれか1つのみの算定となります。	
×	生活機能向上連携加算Ⅰ	ICTの活用等により事業所へ訪問することなく外部の理学療法士等の助言を受け、共同で個別機能訓練計画を作成している場合	3ヶ月ごとにつき 100単位

×	生活機能向上 連携加算Ⅱ	事業所へ訪問の訪問により、直接外部の理学療法士等の助言を受け、共同で個別機能訓練計画を作成している場合	1月につき 200単位
		生活機能向上連携加算（Ⅰ）・（Ⅱ）は、いずれか1つのみの算定となります。	
○	口腔・栄養 スクリーニング 加算Ⅰ	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに口腔・栄養状態両方の確認を行い、その情報を計画作成担当者に文書で共有した場合	6ヶ月ごとにつき 20単位
○	口腔・栄養 スクリーニング 加算Ⅱ	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに口腔・栄養状態どちらか片方の確認を行い、その情報を計画作成担当者に文書で共有した場合	6ヶ月ごとにつき 5単位
○	科学的介護推進 体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、心身の状況等の情報を厚生労働省に提出している場合	1月につき 40単位
×	サービス提供体制 強化加算Ⅰ	下記のいずれかに該当する場合 ①事業所の介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であるとき ②勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上であるとき	事業対象者 ・要支援1 1月につき 88単位
			事業対象者 ・要支援2 1月につき 176単位
×	サービス提供体制 強化加算Ⅱ	事業所の介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合	事業対象者 ・要支援1 1月につき 72単位
			事業対象者 ・要支援2 1月につき 144単位
×	サービス提供体制 強化加算Ⅲ	下記のいずれかに該当する場合 ①事業所の介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上であるとき ②利用者に直接サービスを提供する従業者の総数に占める7年以上勤続従業者の割合が30%以上であるとき	事業対象者 ・要支援1 1月につき 24単位
			事業対象者 ・要支援2 1月につき 48単位
×	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）または（Ⅱ）に該当の場合	1月につき *所定単位の9.2%
○	介護職員等 処遇改善加算Ⅱ	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）または非該当の場合	1月につき *所定単位の9.0%
		賃金体系の整備や研修、昇給制度の制定、その見える化といった介護職員の賃金の改善等を実施し、市町村等関係機関に届け出た場合、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）か（Ⅱ）いずれか1つのみの算定となります。	

ウ 減算

各要件に当てはまる場合、基本利用単位から以下の単位が減算されます。

(算定対象に○がついている減算が当事業所で算定させて頂く減算となります。)

算定対象	減算の要件		単位
○	事業所と同一建物内から事業所へ通う場合	事業対象者 ・要支援1	1週当たりの標準的な回数を定める場合 1月につき 376 単位
		事業対象者 ・要支援2	1週当たりの標準的な回数を定める場合 1月につき 752 単位
		事業対象者 ・要支援1 ・要支援2	1月当たりの回数を定める場合 1回につき 94 単位
○	居宅と事業所との間の送迎を行わない場合	事業対象者 ・要支援1 ・要支援2	片道につき 47 単位

(3) その他の費用

食 費	1日につき 昼食代：591円 おやつ代：80円 ※介護食（1回/食）キザミ食：54円、ペースト食：162円 ※特別食 実費
おむつ代	1枚につき 実費（事業所でおむつを廃棄した場合、1枚につき23円の廃棄料金をご負担して頂きます。）
日常生活費	利用者の希望により提供する日常生活上必要な費用として、実費をご負担して頂きます。

(4) キャンセル料（介護予防通所介護相当サービスを除く）

利用予定日の直前にキャンセルをした場合は、キャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、御連絡ください。

利用日の前日17：00までの連絡があった場合	無料
利用日の当日8：00までに連絡がなかった場合	1,000円

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。

② 請求書は、利用月の翌月10～15日までに利用者あてにお届けします。

(2) 支払い方法等

① 請求書がお手元に届きましたら、10日以内にお支払いください。

お支払方法は現金にてお願い致します。

② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください。（医療費控除の還付請求の際に必要となる場合があります。）

6 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、医療機関の受診または、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、医療機関の受診または、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

7 緊急時の対応

サービスの提供中に、利用者の病状の急な変化が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治医師等への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

8 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、介護支援専門員、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するものとします。
- (3) サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。また、利用者の責めに帰すべき事由により従業者が損害を被った場合、利用者は、その損害賠償を求められる場合があります。

9 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する防火管理者をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に従業者に周知します。
- (3) 定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

10 業務継続計画の策定

サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11 サービス提供に関する相談、苦情

サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

苦情相談窓口

当事業所	担 当 者 ： 管理者 嘉松 郁古 電 話 ： 027-212-1580 受付時間 ： 月曜日～土曜日 8：30 ～ 17：30
------	--

苦情処理体制 及び手順	苦情または相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。 相談担当者は、把握した状況の検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。 (時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。)
----------------	--

介護保険証に記載の市区町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます

① 前橋市役所 介護保険課 住 所： 〒371-8601 群馬県前橋市大手町 2-12-1 電 話： 027-224-1111 (代) F A X： 027-243-4027 受付時間： 月曜日～金曜日(祝日を除く) 8:30～17:15	
② 群馬県国民健康保険団体連合会 (苦情処理委員会) 住 所： 〒371-0846 前橋市元総社町335-8 市町村会館内 電 話： 027-290-1323 (苦情相談専用) F A X： 027-255-5077 受付時間： 月曜日～金曜日(祝日を除く) 9:00～16:30	

※上記以外の保険者連絡先は「保険者苦情窓口一覧」をご参照ください。

1 2 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止の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ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 前三号に掲げる措置を適切に実施するため、各事業所の管理者を責任者とします。

2 事業所は、サービスの提供中に、従業者または家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村等関係機関に通報するものとします。

1 3 身体拘束に関する事項

利用者の人権を最大限尊重するために、当施設では身体拘束を禁止とします。ただし、利用者本人や他の利用者等の生命・身体を保護するために、緊急時・やむを得ない状況で、他に方法がないと認められた時、身体拘束等その行動を制限する場合があります。その場合、管理者を中心に介護職員が必要おおよび、方法を客観的に判断し、必要最小限の制限を行うとともに、利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容・目的・時間・その期間について速やかに説明を行い、同意を得た上で実施します。

1 4 感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

2 管理者は、感染症の予防及びまん延の防止のため次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

1 5 個人情報の利用に関して

利用者及び利用者の家族等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とします。

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、家族等の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員または介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、利用者が体調不良また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掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院または診療所（体調不良また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、個人情報の提供に当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います。
- (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します。

1 6 料金の変更

介護保険制度の改訂、事業所の体制変更による報酬の変更、食材費等の高騰その他の理由により、従来の料金では運営が困難と判断した場合は、利用者および家族等に対して説明と同意を頂いたうえで料金変更を行えることとします。利用者が料金変更を承諾する場合、新たな料金表に基づく契約を取り交わします。料金変更を承諾できない場合は、事業者に対して契約を解除できることとします。

1 7 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（または地域包括支援センター）または当事業所の担当者へご連絡ください。
- (2) 主治の医師から指示事項がある場合は申し出てください。

18 契約期間

最初の利用日から、要介護認定、要支援認定の認定有効満了まで、またサービス事業対象者認定終了まで（以下「要介護状態区分等」という。）とします。

契約の打ち切り手続き

（1）利用者の都合で利用を打ち切られる場合

打ち切りを希望される7日前までにご連絡ください。

契約終了の申し出がない場合は、自動更新されるものとします。

（2）自動終了

- ・利用者が、介護福祉施設等に入所した場合。
- ・利用者が、要介護状態区分等が非該当となり、かつ事業対象者でなくなり所定の期間を経過した場合。
- ・利用者が、亡くなられた場合。

（3）事業者が、文書で通知することにより、直ちに契約を解除できる場合。

- ・利用者が、サービス料金の支払いを3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ・利用者または家族が、当該施設の従業者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- ・利用者が、医療機関に入院し、退院する見込みがないと認められるなど、サービスの利用が明らかに困難と認められた場合。

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意し、受領しました。

【利用者】

(成年後見人制度利用の有無 ☐有 ・ ☐無)
令和 年 月 日

住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____

【署名代行者または成年後見人】

利用者との関係 ☐家族(続柄 _____) ☐成年後見人 ☐その他(関係 _____)
令和 年 月 日

住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____

【身元引受人兼連帯保証人】

令和 年 月 日

住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____

指定通所介護・指定介護予防通所介護・第一号通所事業{介護予防通所介護相当サービス}の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

法人名 ケアサプライシステムズ株式会社
所在地 群馬県高崎市島野町890-8
電話番号 027-360-5400
事業所名 デイサービス藤和の泉
事業所住所 群馬県前橋市朝倉町833-1
電話番号 027-212-1580

説明者 _____ 印