指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業

グループホームデイきらら富士

重要事項説明書

当事業所が提供する（介護予防）認知症対応型通所介護サービスの内容に関し、利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

１．法人概要

開設者の名称	社会福祉法人県民厚生会
事業主事務所の所在地	〒426-0009 藤枝市八幡１９８番地
電話番号	＜電話＞ 054-646-6766　＜FAX＞ 054-646-6755
法人の種別及び名称	社会福祉法人県民厚生会
代表者職	理事長
代表者氏名	望月　忍

２．事業所概要

事業所の名称	グループホームデイきらら富士
事業所在地	〒417-0808 富士市一色２５８－４７
電話番号・FAX 番号	＜電話＞ 0545-23-1600　＜FAX＞ 0545-23-1666
介護保険事業所番号	２２９２３００７４２
指定年月日	令和４年１２月１日
交通の便	東名高速富士インターから車で約10分。 バスの場合は茶ノ木平で下車徒歩５分。
通常事業の実施地域	富士市内

３．事業所職員の概要

別紙Ⅱよる

４．認知症対応型通所介護施設の設備概要

定 員	３名
食堂及び居間	49.28 ㎡
浴 室	一般浴槽（2 浴槽）

その他の設備	台 所 19.17 ㎡ 相談室　１部屋 送迎車　１台（専用）　２台（共用）

５．サービスの提供時間

午前８時４０分から午後４時５０分までの８時間１０分

但し、緊急対応とし平日、午前８時４０分以前、午後４時５０分以降と休日、午前９時００分以前、午後４時１５分以降で延長サービスを希望される場合は、「サービス利用料金表」（別紙Ⅰ）に記載された自己負担による延長サービス利用料をお支払いいただき、サービスを利用できます。但し、この場合は、家族による送迎のみ利用できるものとします。

６．（介護予防）認知症対応型通所介護の運営方針

① 介護保険法並びに関係する厚生労働省令、富士市条例、告示の趣旨に沿ったものとする。
② 営利を目的とせず、家族、地域住民と共に在る事業運営とする。
③ 利用者個々の人権を尊重する介護サービスの提供。
④ 利用者が可能な限り居宅において日常生活ができるように、必要な日常生活上の世話および機能訓練を行う。
⑤ 心身機能の低下や利用者の社会的孤立化を予防し、家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。

７．利用料金

（１）当事業所の認知症対応型通所介護の提供（介護保険適用部分）に際し利用者が負担する利用料金は、原則としてサービス提供総利用料の1 割です。但し、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

詳細については、**別紙Ⅰ**の通りです。

（２）料金の支払い方法

利用料金は１か月（月末締め）ごとに計算し、翌月１５日までに請求致します。ご契約時に指定された金融機関口座より毎月２７日（金融機関が休日の場合は、翌営業日）に自動引き落としさせていただきます。それまでに契約時の口座へ振り込みください。但し、ご利用者のご都合のより、きららの指定する口座に振込みするか、現金によって２７日までに、お支払いできるものとします。なお、自動引き落としできなかった場合には、連絡いたしますので、前記の方法により至急お支払い下さい。

（3）キャンセル料

利用者のご都合により当日の認知症対応型通所介護をキャンセルした場合には下記の料金をいただきます。

キャンセルの場合には、至急当事業所まで連絡してください。

ご利用日の当日の午前８時００分までにご連絡のない場合、基本料金の３０％をいただく場合があります。

なお、上記時刻までにご連絡がなく、昼食サービスを発注されている場合は、当日の昼食代として６５０円をいただきます。

（4）その他

利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）がある時は、費用の全額を支払っていただきます。

この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行いたしますので、この証明書を後日富士市に提出して差額（介護保険適用部分の９割）の払い戻しを受けてください。

８．サービスの利用方法

（1）利用開始

① 当事業所に電話等でお申し込みください。担当職員が利用者のお宅に伺い、サービス内容についてご説明いたします。

② この説明により利用者からの同意を得た後、当事業所の管理者が（介護予防）認知症対応型通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始いたします。

③ 利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員にご相談ください。

（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ヶ月前までに申し出てください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

止むを得ない事情にてサービスの提供を終了させていただく場合は、サービス終了日の２か月前までに利用者に通知いたします。この場合利用者がサービスを継続して受けられるように、他事業所や担当の介護支援専門員と連携の上努力いたします。

③　自動的終了

次の場合は、サービスは自動終了となります。

ア．利用者が介護保険施設にご入所された場合。

イ．利用者の要介護度が非該当又は自立と認定された場合。

ウ．利用者が亡くなられた場合

④　その他

ア．当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、利用者は直ちにこの契約を終了することができます。

イ．利用者が、サービスの利用料を３か月以上滞納し、支払の催促を再三したにも関わらず支払われないとき、利用者が当事業所・職員・他の利用者に対して、生命・身体・財物・信用等を傷つけるなどこの契約を継続し難いほどの不信行為を行った場合、利用者や家族などが反社会的団体と密接な関係があると認められた場合は、文書で利用者に通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。サービスの利用料金を２か月以上滞納し、支払いの催告を採算したにもかかわらず支払わないとき、利用者が当事業所に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為をおこなった場合は、利用者に通知することにより、ただちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

９．サービス利用にあたっての留意事項

○　体調の確認

ご利用日当日の体調のご確認をされ、ご無理のないようにしてください。

○ 利用時間の変更及び延長

ご利用時間の変更を希望される場合は、担当の介護支援専門員又は当事業所の職員にいつでもご相談ください。

○ 設備、機器の利用

施設の設備、機器についてはご自由に使用できますが、ご容態によって危険を伴う場合がありますので、機器の使用については職員にお断りください。

○　その他

たばこ等の嗜好品を嗜む場合は、他の利用者の迷惑にならないように、決められた場所でお願いします。

10. サービスの内容

当事業所が利用者に提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用日　　：　　曜日

サービス内容：介護サービス、送迎、機能訓練、口腔機能向上、入浴、食事、生活相談
健康相談、その他

（1）サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について利用者にわかりやすいように説明いたします。
（2）サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に身体に触れる設備、器具については感染防止に努めます。
（3）サービスの提供は、利用者の身体的、精神的状況を十分考慮して個別に介護方法を考えて提供いたします。
（4）利用者の生活環境、ホーム、部屋、設備、備品当については安全、衛生に常に注意を払います。

11. 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、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し、その結果について職員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）職員に対し、虐待の防止のための研修を採用時及び年１回以上定期的に実施します。
（4）上記（1）から（3）までを適切に実施するための担当者をおきます。

12. 拘束の禁止

（1）利用者本人又は他の利用者の生命を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束、その他利用者の行動を制限する行為をしてはなりません。
（2）やむを得ず拘束した場合は、一時的なもので、その理由は、拘束前後の状態、拘束を始めた時間、中止した時間、拘束中の本人の状態等について記録を残しておくものとします。
（3）拘束中は、本人の精神的安定を図り、常時観察を怠らないようにします。
（4）やむを得ず拘束を実施する場合には、利用者本人及び家族に対して説明を行い、了承を得る事とします。
（5）身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
（6）身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
（7）職員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を採用時及び年１回以上定期的に実施します。
（8）上記（1）から（7）までを適切に実施するための担当者をおきます。

13. 感染症対策

事業所において、感染症の発生防止または、まん延防止のための研修を実施するとともに、必要な措置を講じます。

14. 緊急時の対応方法

（介護予防）認知症対応型通所介護のサービス提供中に利用者に容態の変化があった場合は、容態の状態によってご家族に連絡してご帰宅いただくか、速やかに利用者の主治医等に連絡いたします。

主 治 医	氏　　名
	連絡 先
緊急連絡先	氏　　名
	連絡 先（携帯）

＜緊急時及び事故発生時の対応＞

（1）サービスの提供中にご利用者の容態に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに救急隊・主治医・居宅介護支援事業所等へ連絡して必要な措置を講じます。

（2）ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市区町村・ご利用者の家族等・居宅介護支援事業所等に連絡して必要な措置を講じます。また、当該事故の状況及び事故に際してとった措置について記録します。

（3）事故の原因が事業所の責めに帰す場合、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

15. 事故の再発防止

事業所は、事故発生後は、事故の起こった要因を十分に検討し、原因解明を行い、再発防止に努めます。

16. 非常災害対策

非常時の対応	・非常時対応マニュアルを作成して全職員に周知させています。 ・夜間等で緊急の場合は、セキュリティ会社との契約により、緊急対応ができるようになっています。
近隣との協力関係	・自治会等の防災訓練に参加して協力体制を常にとっています。
平常時の防災訓練等	・年２～３回、利用者及び職員参加の防災訓練を実施
防災設備	・福祉施設として消防法に定められた防災設備をすべて完備しています。
消防計画	消防署への届け出　　平成２６年１１月１日 防火管理者　　望月　忍 内　容　　消防法第８条第１項に基づいた消防計画

17. 事業継続計画

大規模な感染症や自然災害が発生した場合にも事業継続ができるよう、定期的な研修や訓練等の措置を講じます。

18. サービスに対する相談・苦情・要望等の窓口

サービスに対する相談、苦情及び要望等（以下「苦情」とします。）については、下記の窓口に対応いたします。苦情については真摯に受け止め、誠意を持って問題の解決に臨み、対応内容も記録保存し、常に事業者としてサービスの質の向上に努めます。

（1）介護予防通所介護サービス提供事業所苦情窓口

苦情受付担当者　　ホーム長　遠藤麻里子　　電話（０５４５）２３－１６００

苦情解決責任者　　施 設 長　望月　　忍　　電話（０５４５）２３－１６００

（注）　苦情対応の基本手順

①苦情の受付　②苦情内容の確認　③苦情解決責任者への報告

④苦情解決に向けた対応の実施　⑤原因究明　⑥再発防止・改善の実施

⑦苦情解決責任者への最終報告　⑧利用者へのご説明

（2）　きらら以外の苦情窓口

市町村受付窓口

富士市役所 介護保険課（介護保険制度全般に関すること）

電話 （０５４５）５５－２７６７

富士市役所 福祉総務課福祉指導室（事業者指導に関すること）

電話（０５４５）５５－２８６３

静岡県国民健康保険団体連合会　　電話 （０５４）２５３－５５９０

静岡県福祉サービス運営適正化委員会　　電話 （０５４）６５３－０８４０

19. 第三者評価の実施について

第三者評価の結果をもとに具体的な改善や問題点を把握して、サービスの質の向上に結び付けることを目的とします。

第三者による評価の実施状況	1　あり	実施日	
		評価機関名	
		情報の開示	
	(2) なし		

20. 個人情報の使用について

当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者または身元保証人もしくはその家族等に関する個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、**別紙Ⅲ**の場合には、事前に承諾なく個人情報を使用致します。その為別紙Ⅲの同意書に署名捺印の上

ご提出をお願い致します。

以上

実施日 令和４年１２月１日
改定日 令和５年　７月１日
改定日 令和６年　４月１日
改定日 令和６年　８月１日
改定日 令和７年　２月１日
改定日 令和７年　４月１日
改定日 令和７年　９月１日
改定日 令和７年１２月１日
改定日 令和８年　１月１日
改定日 令和８年　４月１日
改定日 令和８年　６月１日

令和　　年　月　　日

（グループホームデイきらら富士）

（介護予防）認知症対応型通所介護サービスの提供にあたり、この説明書に基づいて、重要事項を説明しました。

（事業所説明者）

所在地　　富士市一色２５８－４７

名　称　　グループホームデイきらら富士

職　種　　（　　）　氏　名　　㊞

（利 用 者）

この説明書により、（介護予防）認知症対応型通所介護サービスに関する重要事項の説明を受けました。

〒　　－

住　所

氏　名　　㊞

（家族代表者又は代理人）

〒　　－

住　所

氏　名　　㊞

（利用者との関係）

別紙Ⅰ

＜グループホームデイきらら富士＞指定（介護予防）認知症対応型通所介護

サービス利用料金一覧表

令和8年6月1日現在

１．介護サービス費（介護保険適用部分）

	介護 （介護予防）	補足
要支援１（介護予防）	500単位 /日	・基本報酬 ・共用型（Ⅱ） ・８時間以上９時間未満
要支援２（介護予防）	529単位 /日	
要介護１	540単位 /日	
要介護２	559単位 /日	
要介護３	578単位 /日	
要介護４	597単位 /日	
要介護５	618単位 /日	
入浴介助加算	40単位 /日	・入浴介助が適切に実施できる人員・設備。
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20単位 /回	・介護サービス事業所の職員が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位 /日	・次のいずれかに該当。介護福祉士70%以上、又は、介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上。
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150単位 /回	・口腔機能が低下している又はその恐れのある利用者に対し、言語聴覚士や歯科衛生士、看護職員等が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画に基づく適切な口腔機能向上サービスの提供、定期的な評価、計画の見直し等の一連のプロセスを行うこと。
科学的介護推進体制加算	40単位 /月	・入所者・利用者ごとの、ＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出する。必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。
１単位当たり単価（地域区分７級地）	10.17 /円	・上記単位数合計に、単位を乗じて利用料金を算出します。
処遇改善加算Ⅰロ	23.6% /月	※介護職員の処遇改善に活用。総単位数に加算率を乗じます。

２．その他費用

昼食費	650円 /回	・おやつ代として、別途100円（/回）をご負担いただきます。
その他	実費	・ご利用者様の選択により、個別に要する費用。

３．サービス提供時間外の延長サービス利用料金について

ご家族様の送迎で、8時40分から16時50分（所要時間8時間以上9時間未満）、休日9時00分から16時15分（所要時間7時間以上8時間未満）の介護の前後に継続して延長サービス（介護保険適用外）を利用することができます。延長サービス料金は介護度に係わらず最低賃金額とし、15分単位で計算させていただきます。

別紙Ⅱ

グループホームデイきらら富士

（介護予防）認知症対応型通所介護
事業所職員の概要と勤務体制

令和８年３月１日現在

職　種	資　格	履 修 研 修	員数	勤務体制	備考
管理者 （介護職員兼務） 計画作成担当者	介護福祉士 介護支援専門員	・認知症介護実践研修 ・認知症介護実践リーダー研修 ・認知症対応型サービス管理者研修	１人	常勤	
介護職員	介護福祉士		５人	常勤	
	※特定技能１号		１人	常勤	
	介護福祉士		1人	非常勤	
	初任者研修		１人	非常勤	

個人情報の取扱いに関する同意書

別紙Ⅲ

令和　　年　　月　　日

当法人が運営する事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又は身元保証人もしくはその家族等に関する個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、下記の場合には事前承諾なく個人情報を使用します。

① 介護保険法に関する法令に従い、利用者のサービス計画に基づくサービス等を 円滑に実施する為、サービス担当者会議等において使用する場合。

② 利用者が医療機関に受診又は入院する為、その医療機関に情報を提供する場合。

③ 市区町、その他の介護保険事業所等への情報提供や適切な在宅療養を受ける為、医療機関等への療養情報を提供する場合。

③ 当事業所の利用を終了し、他の事業所を紹介するなど援助を行うに際し、必要な情報を提供する場合。

④ 静岡県及び各市町等から介護サービスの維持や改善の為、基礎資料の提出を求められた場合。

⑤ 介護保険法等に定められた届出、報告（事故報告書等）を行う為、使用する場合。

⑥ 当施設で実習を行う者が報告書又は研究発表等の資料を作成する為、使用する場合。

⑦ 損害賠償保険の申請等する為、保険会社に必要な情報を提供する場合。

⑧ 法で定められた届出等する為、使用する場合。

⑩ 介護サービスの質の向上の為、学会・研究等で事例研究を発表する場合。
尚、この場合は利用者個人を特定できないよう仮名等を使用することを厳守します。

⑪ ①～⑩に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

社会福祉法人県民厚生会

私は適切な介護等のサービスを受けるために、必要最低限度の範囲内で私及び私の家族に関する知り得た個人情報を、貴事業所の職員が上記の行為を行うことに同意します。

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利 用 者

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族代表者又は代理人

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（利用者との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿