重要事項説明書

地域密着型通所介護サービス
介護予防通所介護相当サービス

真情（まごころ）デイ・サービス良庵

重要事項説明書

１．　事業者の概要

事業者名称	ニューワンズ株式会社
所　在　地	〒520-0063　滋賀県大津市横木一丁目 10－25
電 話 番 号	０７７－５００－２９０８
代 表 者 名	新庄　一範
設立年月日	平成２１年４月２日

２．　事業所の概要

事業所名称	真情デイ・サービス　良庵
所　在　地	〒520 - 0043 大津市中央一丁目2－34
電 話 番 号	０７７－５１０－５２２３
サービスの種類	地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス
定　　員	１５名（１単位）
介護保険事業所番号	第２５９０１００６１２号
管理者氏名	二谷　陽子
サービス提供地域	大津市内の中央･長等･逢坂･平野･藤尾･ 膳所･富士見･滋賀･唐崎･晴嵐学区
開設年月日	平成　３０年　　４月　　１日

３.事業者の職員体制　　(2026 年 6 月 1 日現在)

職　種	従事するサービスの内容等	人　員
管理者	管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。地域密着型通所介護計画の作成、又は、生活相談員の作成した地域密着型通所介護計画の把握、管理を行います。	1 名
生活相談員	生活相談員は、指定地域密着型通所介護の利用申込にかかる調整、地域密着型通所介護計画の作成等を行い管理者に確認する。	1 名以上
介護職員	介護職員は利用者の心身の状況等を的確に把握し、食事や排泄の介助、入浴の実施、送迎時の運転や付き添い、その他プログラムの協力を行います。	2 名以上
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行います。	1 名以上
看護師	利用者及び従業員の健康管理のための業務を行う。又、業務遂行のため、関係機関等との連絡調整を行う。	1 名

４.営業日及び営業時間

営　　業　　日	月曜日～土曜日(12月30日～1月3日は除く)
営　業　時　間	８：３０～１７：３０
サービス提供時間	９：２０～１６：３０

５．サービス利用料及びご契約者負担

（１）利用者に提供するサービス内容・利用料につきましては、別紙「サービス内容説明書」の表示のとおりといたします。尚介護予防通所介護相当サービスは大津市長が定める額となります。利用者負担金は、「法定代理受領(現物給付)」の場合については、介護保険負担割合証に記載された割合の額となりますが、居宅サービス計画を作成しない場合など「償還払い」となる場合には、サービス提供証明書を交付し、一旦利用者が利用料の全額(10 割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分(9 割又は、８割又は 7 割)を請求することとなります。

※　負担割合は、介護保険負担割合証をご確認ください。

（２）負担金その他の費用は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により、ご請求いたします。請求書は、利用明細を添えて、ご利用月の翌月１５日前後に利用者宛にお届けいたします。
（３）負担金その他費用のお支払い方法は、引き落としにてお支払いただきます（翌月の 27 日引き落とし：土日祭日の場合、翌日以降)。
（４）お支払いを確認いたしましたら領収証を発行いたします。大切に保管をお願いいたします。

６．キャンセル

利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに所定の連絡先までご連絡ください。

連絡先　　**真情デイ・サービス　良庵**
電話　０７７－５１０－５２２３　　FAX ０７７－５１０－５２２４

利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービスご利用前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。(但し、利用者の容態の急変等、やむを得ない場合はこの限りではありません)

時期	キャンセル料
サービス利用日の当日	利用料自己負担相当分

７．当社のサービスの方針など

（１）事業の目的

事業所は介護保険法等の関係法令にしたがい、利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営む事ができるよう必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより利用者の心身機能の維持回復を図るため、地域密着型通所介護サービス・介護予防通所介護相当サービス又、日常生活その他の便宜を提供することを事業の目的とします。

（２）事業の運営方針

事業所は、ご利用者の意思、人格を尊重し、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの連携を図り、常にご利用者様の立場に立った総合的なサービスの提供に努めます。

（３）当社のクレド（経営理念）

・Ｍｉｓｓｉｏｎ（私たちの使命）

「私たちは、一人一人の笑顔と歓びのために、
笑いとぬくもりあふれる場を作り続けます」

８．緊急時の対応

事業所は、利用者に対するサービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等の措置を講じます。

９．事故発生時の対応

(1) 事業所は、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には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業所、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事業所は、事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。

(3) 事故の状況及び事故に際してとった処置に関しての記録を作成、保管し、また関係機関、ご家族へ提出いたします。

(4) 事業所は、利用者に対するサービス提供より発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に被害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業所の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

１０．損害賠償保険への加入

本事業所は、下記の賠償責任保険に加入しています。

保険会社名　　東京海上日動火災保険株式会社

保険名　事業活動包括保険

１１．非常災害対策

非常災害時における対応のため、防火管理者を置きます。

防火管理者　　二谷　陽子　　１名

非常災害に際して、必要な具体的計画を策定、避難、救出訓練などを実施し、非常災害対策の万全を期するものとします。尚、この計画は消防のみならず、風害、水害、地震などの災害にも対処できるよう策定します。

事業者は、非常災害時等の発生の際にその事業を継続することができ

るよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を整備します。

１２．台風及び避難勧告が発せられた場合のデイサービスご利用について
本事業所の基本ルール（別紙５項参照）に則りその都度連絡させていただきます。

１３．その他運営に関する留意事項
事業所の従業員の資質向上を図るために研修の機会を次のとおり設けるものとし、又、業務の執行体制についても整備いたします。

①採用時研修　　採用後　　３ヵ月以内
【入社時、オリエンテーション、サービス提供時の心得、マニュアルの理解等】

②継続研修　　年間４回
【ケースカンファレンス、勉強会、外部講習会への参加等】

◎従業員は、業務上知り得た利用者又は、その家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らすことはありません。

１４．インフルエンザの予防接種について
本事業所ではインフルエンザ蔓延防止のため、インフルエンザの予防接種を原則毎年お願いいたします。

１５．相談窓口・苦情対応・虐待相談窓口
サービスに関する相談や苦情については、事業所のお客様相談窓口にお電話ください。また、下記の行政窓口に相談や苦情を伝えることができます。事業所にいただきました内容につきましては、当該事業所管理者と当社リスクマネジメント委員会が内容に関しましての調査を行います。その内容を報告書にまとめ速やかに報告するとともに、必要な処置を講じます。
事業者は、利用者の人権擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置し、従業者に対し、研修の機会を確保します。

◆事業所お客様相談窓口　　電話番号０７７―510－5223
FAX 番号０７７－510－5224
相談員(管理者)　二谷　陽子

≪市区町村介護保険相談窓口≫

◆大津市　健康保険部　介護保険課

（受付時間　午前９時～午後５時まで）

電話　077-528-2753

◆滋賀県国民健康保険団体連合会（国保連）介護保険課

（受付時間　午前９時～午後５時まで）

電話　077-510-6605

１６．第三者評価は実施しておりません。

１７.非常災害対策に関する条項

事業者は、非常災害時等の発生の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を整備する。

１８.暴力団排除に関する条項

（１）事業を運営する当該法人の役員及び指定地域密着型通所介護事業所の管理者その他の従業者は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第６号に規定する暴力団員をいう。事項において同じ。）であってはならない。

（２）その運営について、暴力団員の支配を受けてはならない。

別紙　サービス内容説明書

（地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス）

１．サービスの内容

①事業所が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において自立した日常生活が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を行うサービスを提供します。又、要支援となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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支援及び機能訓練を行う事により、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。

②事業所は次の施設によりサービスを提供します。

③サービス提供に当たっては、居宅サービス計画に沿った地域密着型通所介護計画又は、介護予防サービス・支援計画に沿った介護予防通所介護相当サービス計画を作成し計画的に提供します。

サービス提供を行う施設	所在地	大津市中央一丁目2－34
	名称	真情デイ・サービス　良庵
	電話	０７７-５１０－５２２３

２．提供するサービス

内　容	提供状況
入浴	あり
送迎	あり （身体機能に障害のある方は、福祉車両にて対応）
昼食	あり
くもん学習療法	あり （希望者のみ）

３．管理者

管理者は次のものです。

管理者　　二谷　陽子　連絡先　０７７－５１０－５２２３

サービスについてご相談やご不満がある場合には、お気軽にお申し出ください。

４．地域密着型通所介護　ご利用料金　（１単位＝10．45 円）

単位(1 回あたり料金

サービス内容	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
3-4 時間	415(434 円)	476(698 円)	538(563 円)	598(625 円)	661(691 円)
4-5 時間	435(455 円)	499(522 円)	564(590 円)	627(656 円)	693(725 円)
5-6 時間	655(683 円)	733(766 円)	893(934 円)	1010(1056 円)	1130(1181 円)
6-7 時間	676(707 円)	798(834 円)	922(964 円)	1045(1092 円)	1168(1221 円)
7-8 時間	750(784 円)	887(927 円)	1028(1075 円)	1168(1121 円)	1306(1367 円)

入浴介助加算Ⅰ	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う加算	40（42 円）/（84 円）
入浴介助加算Ⅱ	ご利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から利用者が自宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や介護福祉士・介護支援専門員等が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行う加算	55（58 円）/（115 円）
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合（片道につき）	－４７（－５０円）/（－９９円）
中重度ケア体制加算	要介護度3以上の利用者の割合が30％以上あり、且つ、看護職員を提供時間帯を通じて名1以上配置し、指定基準に加えて、看護職員又は介護職員を2名以上配置している場合に算定します。	４５（４７円）/（９４円）
若年性認知症利用者受け入れ加算	65歳未満の認知症利用者で、且つ地域密着型通所介護計画に位置づけられており、個別の担当者が必要な場合に算定します。	６０（６３円）/（１２６円）
サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護福祉士が介護職員の50％以上配置されている場合に算定します。	１８(１９円)/（３８円）
個別機能訓練加算１イ	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供を行います。	５６（５８円）/（１１７円）
介護職員処遇改善加算Ⅰ(ロ)	当事業所では、介護職員の資質向上、労働環境の改善、および安定的な人材確保を図るため、「介護職員等処遇改善加算Ⅰ（ロ)」を算定して	ご利用単位数×12.7%

	おります。本加算によりご利用者様にご負担いただく料金は、国が定める基準に基づき、当事業所に勤務する介護職員の賃金改善（基本給の引き上げや手当の支給等）および処遇改善のための取組に全額充当させていただく加算。	

介護予防通所介護相当サービス　（１単位＝10．45 円）

		単位(一回当たり)(1 割)
通所型サービス費Ⅰ	事業対象者、要支援１・２の者でケアプランにおいて週１回位程度の利用とされている場合の１月のなかで４回までのサービスを行った場合に算定します。	３８４（４０２円）
通所型サービス費Ⅱ	通所型サービス費Ⅰの場合の１月の中で５回目のサービスを行った場合に算定します。	１３６（１４３円）
通所型サービス費Ⅲ	事業対象者、要支援1･2の者で、ケアプランにおいて週2回程度の利用とされている場合の1月の中で8回までのサービスを行った場合に算定します。	３９５（４１３円）
通所型サービスⅣ	通所型サービス費Ⅲの場合の１月の中で９回目のサービスを行った場合に算定します。	１６１（１６９円）
通所型サービス費Ⅴ	通所型サービス費Ⅲの場合の1月の中で10回目のサービスを行った場合に算定します。	１０７（１１２円）
サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護福祉士が介護職員の50％以上配置されている場合に算定します。	事業対象者、要支援１・２の週１回程度　７２単位（１月につき） 事業対象者、要支援１・２の週２回程度　１４４単位（１月につき）
運動器機能向上加算	利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、長期目標(概ね 3 ヶ月程度)及び短期目標(概ね１ヶ月程度)を設定し、個別に運動機能向上計画を策定し、これに基づいたサービス提供を利用者ごとに行います。(概ね 3 か月程度)また、利用者の短期目標に応じて、概ね１ヶ月ごとに短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、運動器機能向上計画の修正を行います。	２２５（２３５円）

介護職員処遇改善加算Ⅱ(ロ)	当事業所では、介護職員の資質向上、労働環境の改善、および安定的な人材確保を図るため、「介護職員等処遇改善加算Ⅱ（ロ)」を算定しております。本加算によりご利用者様にご負担いただく料金は、国が定める基準に基づき、当事業所に勤務する介護職員の賃金改善（基本給の引き上げや手当の支給等）および処遇改善のための取組に全額充当させていただく加算。	ご利用単位数×12.7%

1日当たり介護保険負担金額の目安・・・　　円

実費負担額

区分	金額	内容の説明
おむつ代	1枚150円	持参の場合は無料
尿取パット	1枚50円	持参の場合は無料
通常の事業の実施地域外　送迎	通常の事業の実施地域との境界より1km毎に100円	事業実施地域以外からの送迎を実施する場合の送迎料金です。主要道路を自動車で走行した時の距離を自動車メーターで計測します。
昼食費	1食730円	栄養バランスと取れた手作りの温かい食事を摂っていただけます。
おやつ	1食80円	食事で摂取しきれなかった重要な栄養素や、エネルギー、水分補給の機会として食べていただいております。
くもん学習療法	2,700円／月	認知症予防・改善を目的にした計算・読み書きの教材を基に指導を提供します（希望者)。 ＊1か月無料体験期間あり
キャンセル料	利用料自己負担相当分	当日のサービス中止の場合（体調不良、事故等は除く）
サービス記録写し交付料	100円／枚	サービス記録写し交付を希望される場合
その他	実費	利用者の特別な希望により提供した場合のみ、実費ご負担いただきます。
	合　　計	円

ご利用料金の概算 （介護保険料本人負担分+実費合計）	円

5.台風及び避難指示が発せられた場合のデイサービスご利用について

{台風}

① 利用者の送迎する以前に彦根地方気象台から滋賀県南部に暴風警報が発表されている場合

・送迎１時間前に警報が解除された場合は、平常通りデイサービスを利用いただけます。

・送迎１時間前に警報が解除されない場合は、当日のデイサービスは中止させて頂きます。

② 利用者様のサービス提供中に警報が発表された場合利用者の安全を考え、当日のサービスを中止します。

ただし、送迎経路の通行が危険と認められるときや、送迎経路等により帰宅が困難と認められるときは、当該利用者様の安全な帰宅が可能となるまで、施設内において、安全な場所で待機させていただきます。

{大雨・大雪警報}

① 利用者様が在宅中に警報が発表された場合は、状況に応じ営業不可能と判断した場合には施設よりデイサービスの利用中止を連絡します。

② 利用者様のサービス提供中に警報が発表された場合は、実状に応じてサービスを中止し安全を確認し、施設長の指導のもとに送迎いたします。

{地震}

① 利用者様の在宅中に避難指示が発せられた場合は、サービスを中止します。

② 利用者様が施設にいる時に、避難指示が発せられた場合は、サービスを中止させていただき、ご家族様と連絡を取りその都度、安全を確認して送迎いたします。

6.その他

{人権擁護、虐待防止に関する条項}

事業者は、利用者の人権擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置し、従業者に対し、研修の機会を確保する。

{非常災害対策に関する条項}

事業者は、非常災害時等の発生の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を整備する。

7.注意事項

① 従業員に対する贈り物や飲食などのおもてなしは、一切ご遠慮させていただきます。
② 利用にあたり持ち込むことができないものがありますので、生活相談員など担当職員とご相談ください。
③ 当事業所内では、職員の指示に従ってください。
④ 他のご利用者や、当事業所の従業員に対し、迷惑行為（宗教活動、営利活動など）を行うことはできません。責任者が危険と判断した場合、ご利用を中止いただくことがあります。
⑤ サービス利用前に健康管理上、健康診断など受診をお願いすることがあります。
⑥ サービスご利用中に気分が悪くなったときは、直ちに当事業所職員にお申し出ください。
⑦ 当事業所内で喫煙、飲酒はできません。(酒気帯びの利用はお断りすることがあります。)

【説明確認欄】

年　　月　　日

重要事項を交付し、説明いたしました。

事業所名称　　真情デイ・サービス　良庵

説明者　　㊞

重要事項の交付、説明を受けました。

住　所

ご本人　　氏　名　　㊞

代理人(代理人を指名した場合)

住　所

氏　名　　㊞

続　柄