

指定地域密着型通所介護・指定介護予防型デイサービス  
重要事項説明書（第4訂 R8. 2. 1～）

指定地域密着型通所介護又は指定介護予防型デイサービスの提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社シトラス
主たる事務所の所在地	〒525-0034 滋賀県草津市草津四丁目8番13号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 奥村 絵里
設立年月日	令和3年6月3日
電話番号	077-576-0050

2. 事業所の概要

事業所の名称	デイサービス オリーブ	
事業所の所在地	〒525-0034 滋賀県草津市草津四丁目8番13号	
電話番号	077-576-0050	
FAX番号	077-532-0124	
指定年月日・事業所番号	令和3年12月1日指定	2590600363
実施単位・利用定員	1単位	定員12人
通常の事業の実施地域	草津市全域	
併設事業所	いろは訪問ナースステーション、咲桜ケアプラザセンター、オリーブ別邸	

3. 運営の方針

- 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことによって、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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- 指定介護予防型デイサービスの提供に当たっては、事業所の従業者は、要支援者等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ことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

- ・ 食事の提供  
食事の提供及び必要な介助を行います。
- ・ 入浴（個浴）  
入浴サービスの提供及び必要な介助を行います。
- ・ 日常生活動作の機能訓練  
日常生活上で必要な機能の減退を防止するための訓練やレクリエーション等を行います。
- ・ 健康状態の確認  
体調や血圧等の確認を行います。
- ・ 口腔ケア  
口腔機能維持のための訓練等を行います。
- ・ 送迎  
居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。
- ・ 日常生活における相談及び助言  
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日まで）及びお盆（8月13日から8月15日まで）を除きます。
営業時間	午前8時15分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前8時55分から午後4時00分まで
延長サービス	無し

#### 6. 事業所の従業員の体制

（令和8年2月1日現在）

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者	人	1人		
生活相談員	人	3人	人	人
看護職員	人	人	人	3人
介護職員	人	4人	2人	人
機能訓練指導員	人	1人	人	3人

#### 7. 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、基本利用料に利用者の負担割合証に記載された割合額を乗じた額です。ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。なお、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。

(1) 指定地域密着型通所介護の利用料 (R6年4月改定)

【基本報酬】

所要時間	利用者の 要介護度	指定通所介護費 (1回あたり)				
		単位数 (単位)	基本利用 料 (円)	利用者負担金 (円)		
				1割	2割	3割
7時間以上 8時間未満	要介護1	753	7,868	786	1,572	2,358
	要介護2	890	9,300	930	1,860	2,790
	要介護3	1,032	10,784	1,078	2,156	3,234
	要介護4	1,172	12,247	1,224	2,448	3,672
	要介護5	1,312	13,710	1,371	2,742	4,113

※ 草津市は地域区分5級地のため、単位数に10.45を乗じた額となります。

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本報酬に以下の料金が加算又は減算されます。

区分	加算・減算額 (1回あたり)				
	単位数 (単位)	基本利用 料 (円)	利用者負担金 (円)		
			1割	2割	3割
入浴介助加算 (I)	40	418	42	84	126
個別機能訓練加算 (I)イ	56	585	59	117	176
個別機能訓練加算 (I)ロ	76	794	79	158	237
個別機能訓練加算 (II)	20	209	21	42	63
科学的介護推進体制加算	40	418	42	84	126
送迎減算 (片道につき)	▲47	▲491	▲50	▲99	▲148
口腔機能向上加算 (II)	160	1672	168	335	502
介護職員処遇改善加算	市へ届出を行って、介護職員の賃金改善等を実施している事業所		(III) 合計単位数 × 8.0%		

※ 草津市は地域区分5級地のため、単位数に10.45を乗じた額となります。

※ 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誤差が生じることがあります。

(2) 指定介護予防型デイサービスの利用料

【基本事業費】

利用 頻度	対象となる 区分	指定介護予防通所サービス費（1月につき）				
		単位数 （単 位）	基本利用 料 （円）	利用者負担金（円）		
				1割	2割	3割
週1回 程度	事業対象者 要支援1 要支援2	1,798	18,789	1,879	3,758	5,637
週1回 を超える 程度	要支援2	3,621	37,840	3,784	7,568	11,352
※2						
1カ月当 り回数 を定め る場合	要支援2	447	4,671	468	936	1,404

※1 草津市は地域区分5級地のため、単位数に10.45を乗じた額となります。

※2 要支援2の方で週1回程度利用時の1回あたりの単位数です。

【加算】

要件を満たす場合、上記の基本報酬に以下の料金が加算又は減算されます。

区分	加算・減算額（1回あたり）				
	単位数 （単 位）	基本利用 料 （円）	利用者負担金（円）		
			1割	2割	3割
口腔機能向上加算（ I ）	150	156	16	32	47
介護職員処 遇改善加算	市へ届出を行って、介護職員の賃 金改善等を実施している事業所		（Ⅲ）合計単位数×8.0%		

※ 草津市は地域区分5級地のため、単位数に10.45を乗じた額となります。

※ 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誤差が生じることがあります。

(3) その他の費用

食費	昼食代 800円 おやつ代含む
おむつ代等	紙おむつ110円/枚 リハビリパンツ110円/枚

	パッド30円/枚
交通費	無し。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

#### （４）キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前営業日10時までに事業所に申し出てください。利用日の前営業日10時までに連絡がなく、サービスの利用をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。例：37.5℃以上の発熱や足腰に痛みがあり歩けない等。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日の前営業日10時までに ご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日10時までに ご連絡がなかった場合	昼食及びおやつ代相当1500円

#### （５）支払い方法

毎月、15日までに前月分の利用料の請求をいたします。

一ヶ月の利用料金をまとめて、原則として口座引落としとさせていただきます。なお、ご希望により振込支払いを利用する事もできます。但し、振込料金に係る全ての手数料は利用者様の負担になります。引落としに関してはサービス提供月の翌月26日（休日、祝日の場合は翌営業日）に引き落としされます。

#### 8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・共用の施設・設備を利用するのにあたっては、事業所の従業員の指示に従ってください。
- ・複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。

#### 9. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業員は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ・事業者は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅介護支援事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いませぬ。

#### 10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の家族等へ連絡、状況に応じて救急車の手配を行う等、必要な措置を講じます。

緊急連絡先 (家族等) -1	氏名 (利用者との続柄)  電話番号	
緊急連絡先 (家族等) -2	氏名 (利用者との続柄)  電話番号	

#### 1 1. 事故発生時の対応

指定地域密着型通所介護及び指定介護予防通所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、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定地域密着型通所介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

※思いがけない事故（転倒等）に対し細心の注意を払っておりますが、デイサービスというサービスの特性上、常時の見守りは不可能となります。

従いましてご利用中の事故等を完全に防ぐ事は困難であるという事につきましてあらかじめご理解・ご承認を頂いた上でご利用頂く事をお願い申し上げます。

#### 1 2. 非常災害対策

・事業者は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。防災計画に基づき、年1回、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

#### 1 3. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

##### (1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号 077-576-0050 受付時間 月曜日から土曜日 9時から17時 担当者名 山元 里穂
---------	--

##### (2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	草津市介護保険課	電話 077-561-2369
	滋賀県国民健康保険団体連合会	電話 077-522-0065

#### 1 4. サービスの利用終了について

利用者の都合によりサービスの終了を希望する場合は、終了を希望する日の30日前までにお申し出下さい。ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が30日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

その他のサービス終了（事業所の都合によるもの、自動的に終了するもの等）につきましては、利用契約書でご確認ください。

なお入院などの都合により1カ月以上ご利用がなければ一旦席を空けて頂く事があります。  
退院時に再度調整し空きがあれば曜日変更になる場合もありますがご利用頂けます。

#### 15. 連絡帳について

デイサービスでの様子を連絡帳に記載します。

傷があったり体調不良があった場合はこちらに記載しますので必ずご確認をお願いします。

ご家族様からも何かデイスタッフへ伝えたい事があれば連絡帳に記載いただければ確認し対応いたします。お薬は連絡帳にセットをお願いします。透明の袋にクリップで止めて下さい。

#### 16. お休みについて

受診等でお休みの連絡を頂いた場合は他の方をスポット利用頂く事がありますので、お休み連絡後に用事が無くなった等の利用申込みがあれば利用できない場合がありますのでご了承くださいませ。

#### 17. 貴重品や食品等の持ち込みについて

貴重品や食品等（飴やお菓子等も含む）の持参はされないようにお願いします。

身に着けている装飾品等（時計や指輪など）もお断りします。万が一持参された場合でもデイサービスでの紛失や損傷等について一切の責任を取りません。

令和 年 月 日

事業所は、本人へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

#### 【 説明者 】

所在地 滋賀県草津市草津四丁目8番13号  
事業所名 デイサービス オリーブ  
氏名

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

#### 【 本人 】

住 所  
氏 名

上記は (続柄) が代筆しました。

#### 【 代理人 】

住 所  
氏 名  
本人との続柄

## 画像使用についての承諾書

当社のホームページ等への掲載について、あてはまる方を○で囲んでください。

画像の使用を  承諾する ・  承諾しない

※ホームページ（インターネット上でデイサービスの日常や行事の紹介をしています。）

## 転倒リスクおよび万が一の事故に関するご案内

私たちは、ご利用者様に安心・安全にお過ごしいただけるよう、日々、見守りや環境整備に努めております。

しかしながら、高齢者の方は、年齢とともに筋力やバランス感覚の低下、視力・聴力の変化、服薬による影響などから、日常生活の中でも転倒などのリスクが高くなっております。

### ◆ 転倒・事故が起こりやすい具体的な場面

以下のような場面で、事故が発生する可能性があります。

- ・ トイレでお一人の際の立ち座りや移動時の転倒
- ・ フロア内での移動中、ふらついたり足がもつれた際の転倒
- ・ 椅子に座ろうとした際や、立ち上がる時にバランスを崩した場合
- ・ 入浴前後や更衣中に足元が滑りやすくなる場面
- ・ 急な立ち上がりによるふらつき・立ちくらみ
- ・ 昼食時の誤嚥や喉つめ
- ・ その他予期せぬ事故、不可効力等

これらの場面では、職員が近くで見守っていても、一瞬の動きやご本人の急な行動によって、事故を完全に防ぐことが難しい場合がございます。

### ◆ 万が一の事故時の対応と費用について

万が一、転倒やけがなどの事故が発生した際には、迅速に応急処置を行い、必要に応じて医療機関の受診をお願いする場合がございます。その際は速やかにご家族様へご連絡いたします。

なお、事故の状況を確認させていただいた上で、職員の明らかな過失（介助の不備、安全配慮の欠如など）がない場合には、治療費や通院費等の費用はご利用者様またはご家族様のご負担となりますことを、あらかじめご了承

ただきたく存じます。

#### ◆ ご理解とご協力のお願い

上記の内容につきましては、あらかじめご理解・ご同意をいただいたうえでのご利用をお願いしております。

私たちも、より一層の安全対策と事故予防に努めてまいりますが、介護現場の特性上、すべてのリスクをゼロにすることは難しい現状がございます。

何卒ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

今後とも、ご利用者様に安心してお過ごしいただける場を提供できるよう、職員一同努力してまいります。

ご不明な点やご質問などがございましたら、どうぞ遠慮なくお申し付けください。