

社会福祉法人 柏樹会  
フォレストガーデン デイサービスセンター

地域密着型通所介護  
通所型介護予防サービス

**重要事項説明書**

令和7年 4月 改定

# フォレストガーデン デイサービスセンター

## 地域密着型通所介護

## 通所型介護予防サービス

### 重要事項説明書

(令和 7 年 4 月 1 日現在)

#### 1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当 藤川 貴嗣 \*ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

#### 2 デイサービスセンターの概要

##### (1)送迎できる範囲

名 称	フォレストガーデン デイサービスセンター
所在地	東大阪市池之端町 5 番 43 号
事業所番号	2775009745
送迎サービスを提供する 対象地域*	東大阪市

\*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

##### (2)職員の体制

役 職	常 勤	非常勤	合計
管 理 者	1 名		1 名
生 活 相 談 員	2 名		2 名
介 護 職 員	2 名		2 名

※併設・地域密着型介護老人福祉施設の人員基準緩和により生活相談員の配置なし。

##### (3)センターの設備等

定 員	10名	静 養 室	1
食堂兼機能訓練室	1 室 51.22 m <sup>2</sup>	相 談 室	1
浴 室	一般浴槽と特殊入浴装置があります。	送 迎 車	4 台

(4) 営業時間とサービス提供時間（祝日通常通り営業）

営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前8時45分～午後4時30分

- \* 定休日 日曜日 祝日通常通り営業
- \* 年末年始 12月29日～1月3日
- \* 欠席連絡は当日の午前8時30分までにしてください。
- \* 追加・振替連絡は希望前日の午後5時30分にしてください。

3 提供するサービス内容

- ① 小規模型通所介護（地域密着型通所介護） 通所型介護予防サービス
- ② 入浴サービス
- ③ 機能訓練
- ④ 生活相談
- ⑤ 給食サービス
- ⑥ アクティビティ
- ⑦ 居宅と事業所間の送迎
- ⑧ レクリエーション
- ⑨ 健康チェック

4 料金

(1) 利用料金（地域密着型通所介護料金・通所型介護予防サービス）

I. 介護保険の給付対象となる利用料（1月当たり・1日当たり）

※ 『介護職員処遇改善加算』は、1カ月ご利用された総単位数×59/1000

※ 利用料は『単位×10.45円の切り下げ』の金額となります。

※ 介護保険給付費は『利用料×90%の切り下げ』の金額となります。

自己負担金額は『利用料－介護保険給付費』の金額となります。

**\*通所型介護予防サービス料金\***

〈基本利用料・要支援 1〉

	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
週 1 回 1 月につき	1798	18789 円	16910 円	1879 円

〈基本利用料・要支援 2〉

	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
週 2 回 1 月につき	3621	37839 円	34055 円	3784 円

**\*地域密着型通所介護料金\***

1 回の御利用料金

〈基本利用料・要介護 1〉

	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
3～4 時間未満	416	4347 円	3912 円	435 円
4～5 時間未満	436	4556 円	4100 円	456 円
5～6 時間未満	657	6865 円	6178 円	687 円
6～7 時間未満	678	7085 円	6376 円	709 円
7～8 時間未満	753	7868 円	7081 円	787 円
8～9 時間未満	783	8182 円	7363 円	819 円

〈基本利用料・要介護 2〉

	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
3～4 時間未満	478	4995 円	4495 円	500 円
4～5 時間未満	501	5235 円	4711 円	524 円
5～6 時間未満	776	8109 円	7298 円	811 円
6～7 時間未満	801	8370 円	7533 円	837 円
7～8 時間未満	890	9300 円	8370 円	930 円
8～9 時間未満	925	9666 円	8699 円	967 円

〈基本利用料・要介護 3〉

	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
3～4時間未満	540	5643 円	5078 円	565 円
4～5時間未満	566	5914 円	5322 円	592 円
5～6時間未満	896	9363 円	8426 円	937 円
6～7時間未満	925	9666 円	8699 円	967 円
7～8時間未満	1032	10784 円	9705 円	1079 円
8～9時間未満	1072	11202 円	10081 円	1121 円

〈基本利用料・要介護 4〉

	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
3～4時間未満	600	6270 円	5643 円	627 円
4～5時間未満	629	6573 円	5915 円	658 円
5～6時間未満	1013	10585 円	9526 円	1059 円
6～7時間未満	1049	10962 円	9865 円	1097 円
7～8時間未満	1172	12247 円	11022 円	1225 円
8～9時間未満	1220	12749 円	11474 円	1275 円

〈基本利用料・要介護 5〉

	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
3～4 時間未満	663	6928 円	6235 円	693 円
4～5 時間未満	695	7262 円	6535 円	727 円
5～6 時間未満	1134	11850 円	10665 円	1185 円
6～7 時間未満	1172	12247 円	11022 円	1225 円
7～8 時間未満	1312	13710 円	12339 円	1371 円
8～9 時間未満	1365	14264 円	12837 円	1427 円

〈加算サービス利用料〉

サービス内容	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
入浴代	40	418 円	376 円	42 円
サービス内容	算定項目		単位（1 月につき）	
介護職員等処遇改善 加算Ⅱ	所定単位数の 90/1000		利用合計単位×9.0%	
科学的介護推進体制 加算	40 単位加算		1 か月につき	

※令和 6 年 6 月 改定内容

- ・地域通所介護処遇改善加算Ⅰ・介護職員特定処遇改善加算Ⅱ・ベースアップ支援加算  
↓（1 本化）

※介護職員等処遇改善加算Ⅱ

Ⅱ. 利用者の希望によって提供される介護保険の給付対象とならないサービスの料金

	サービス内容	金額
①	食費	630 円／回
②	おやつ代	100 円／回
③	レクリエーション材料代	100 円／回
④	おむつ代	80 円／枚
⑤	リハビリパンツ代	200 円／枚
⑥	尿取パット代	50 円／枚
⑦	下着代（パンツ）	150 円／枚
⑧	コーヒー代	0 円／杯
⑨	アイスコーヒー代	0 円／杯
⑩	紅茶代	0 円／杯
⑪	ココア代	0 円／杯

※⑧⑨⑩⑪に関しては、午前/午後で計 2 回ご希望の飲み物を提供いたします。

□ 通常の事業の実施地域を越えて行う指定通所介護に要した送迎費については、以下の金額が別途必要となります。

・境界から片道概ね3km以上 300円（往復）

- ・おむつはご用意いたしておりますが、代金は実費となりますので、必要な分はご持参くださいますよう、お願いいたします。
- ・各サービスご希望の方でも、当日ご利用されなかった場合は、料金は発生いたしません。また、ご希望されない方でも、当日ご利用された方は、ご請求させていただきます。

・特別なイベントにかかる費用等は実費による自己負担となります。また用途、金額は事前にお伝えいたします。

・計算方法は、1ヵ月のご利用単位を基に算出され、若干の端数調整が出ますので上記費用の積算とは異なる場合がございます。

\*当センターの休日に御注意ください。

## (2) ご利用料金のお支払方法

毎月、20日前後までに前月分の請求を致しますので、請求書を受取られた日を含めて7日以内にお支払ください。お支払いただきますと、領収証を発行します。尚、銀行お振込をされる方につきましては入金確認後、領収証を発行させていただきます。お支払方法は、銀行お振込、銀行引き落とし、現金ご持参、の3通りの中からご契約の際に選べます。

銀行振り込み	銀行引き落とし	現金ご持参
--------	---------	-------

## 5 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

※地域密着型通所介護サービス、または通所型介護予防サービスの利用を希望される場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ① お客様の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週間前までに文書でお申し出下さい。なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申し付けください。

#### ② 当社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ございます。その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

### ③ 自動終了

以下の場合、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設等に入所された場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

### ④ その他

・ 当社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、お客様や御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、又は当社が倒産した場合、お客様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。

・ お客様が、サービス利用料金の支払2ヶ月以上遅延し、文書にて料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内にお支払がない場合、又はお客様や御家族などが当社や当社のサービス従業者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、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

## 6 個人情報の取扱いについて

### (1) 秘密の保持

事業者およびその従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

### (2) 個人情報使用

事業者及びその従業員は、利用者及びその家族の個人情報の利用に当たっては、利用者・家族の文書による同意を得るものとする。次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することができます。

#### 1 使用する目的

- ① 介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づき、地域密着型通所介護サービス等、または介護予防通所サービス・支援計画表に基づき、通所型介護予防サービスサービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合
- ② 様態の急変等における施設外での医療行為が必要になった場合



## 2 使用にあたっての条件

①個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏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、内容等を記録します。

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

## 7 緊急時及び事故発生時の対応について

事業者は、現に地域密着型通所介護サービス、介護予防通所介護サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。また、場合によっては、行政機関及び担当のケアマネージャーに連絡を取り必要な措置を講じます。

## 8 賠償責任について

事業者は、サービスの提供にともなって、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は、利用者に対してその損害を賠償します。ただし、利用者の故意・過失がある場合は、この限りではありません。

## 9 相談・苦情対応について

利用者及びその家族からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、匿名でも苦情申込可能な目安箱を施設内に設置し地域密着型通所介護サービス、通所型介護予防サービスサービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。また、通常の連絡帳に記入して頂いても構いません。苦情内容に沿って事実が発生した部署又は職員に対し、事実関係を聴取する際の留意事項等を踏まえ、その都度適切な方法を選択して確認及び調査を致します。苦情受付報告及び対応策を文書化し、直接ご返答若しくは施設内に掲示の上、改善いたします。

## 10 台風・積雪等の悪天候時の対応について

台風・積雪等の悪天候により通常時間のサービスの提供が出来ない状況の時は、お迎えの時間を変更させて頂くことがあります。また、状況により営業を休ませていただく場合もございます。利用中に悪天候になった場合は、早目の送迎をさせていただきます。

連絡窓口は、当センター（電話・072-983-6605）になります。その時の状況により連絡をいただいても送迎等でセンターに職員が不在になるときがありますので、その際は担当者に転送させていただきます。

### サービス内容に関する苦情

#### ① 当センターご利用者相談・苦情担当

担当窓口 藤川 貴嗣  
担当責任者 川瀬 雅子  
電話 072-983-6605

#### ② その他

上記以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・ 東大阪市指導監査室 居宅事業者課 電話 06-4309-3317～18
- ・ 大阪府国民健康保険団体連合会 電話 06-6949-5418

地域密着型通所介護、または通所型介護予防サービス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。

説明者

氏 名 藤川 貴嗣

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型通所介護、または通所型介護予防サービスについての重要事項の説明を受けました。

令和 7 年 月 日

利用者

住 所

氏 名

(代理人)

住 所

氏 名