

通所介護（介護予防・日常生活支援総合事業）重要事項説明書
〈令和7年4月1日現在〉

1 事業者（法人）概要

事業者（法人）名称	ユニオン・シティサービス株式会社
代 表 者 氏 名	小檜山 隆
本 社 所 在 地 (連絡先及び電話番号等)	東京都新宿区西新宿7-7-26 ワコーレ新宿第一ビル 03-5332-9630

2 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事 業 所 名 称	大樹デイサービス流山
介 護 保 険 指 定 事 業 所 番 号	1272502657
サービスの種類	通所介護・第1号通所事業（通所介護相当サービス）
事業所所在地	千葉県流山市南流山2-25-5
連 絡 先 相 談 担 当 者 名	TEL:04-7103-1910 FAX:04-7113-0672 管理者：小島 大右
事業所の通常の 事業の実施地域	流山市・松戸市・柏市
利 用 定 員	35名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態もしくは要支援状態・事業対象者であるご利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、適切な指定通所介護等を提供することを目的とします。
運営の方針	1. 事業者の通所介護従事者は、要介護等の心身の特徴を踏まえて、ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、さらにご利用者の社会孤独感を解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図る為に、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の季語、その他必要な援助を行う。 2. 事業の実施に当たっては、関係市区町村、地域包括支援センター、近隣の他保健・医療・福祉サービス等と密接な連携を保ち、適切なサービスの提供に努める。 3. 介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、事業を運営する。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日・午前9時～午後5時（祝日含む、12/31～1/2 除く）
定休日	日曜日・12月31日～1月2日

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日～土曜日 ※祝日含む、 12/31～1/2 除く
サービス提供時間	午前9時20分 ～ 午後16時35分

(5) 事業所の職員体制

管理者	小島 大右 （こじま だいすけ）
-----	------------------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者の管理及びご利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 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。 3 ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともにご利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 ご利用者へ通所介護計画を交付します。 5 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	常 勤 1 名 介護職兼務
生活相談員	1 ご利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれのご利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	常 勤 2 名 非常勤 0 名 介護職兼務
看護職員	1 サービス提供の前後及び提供中のご利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 ご利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 ご利用者の病状が急変した場合等に、ご利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	常 勤 0 名 非常勤 3 名 機能訓練指導員 兼務
介護職員	1 通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常 勤 5 名 非常勤 2 名
機能訓練指導員	1 通所介護計画に基づき、そのご利用者が可能な限りその居宅において、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、機能訓練を行います。	常 勤 2 名 非常勤 1 名
事務職員	1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	非常勤 1 名 介護職兼務

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
通所介護計画の作成		1 ご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、ご利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2 通所介護計画の作成にあたっては、その内容についてご利用者又はその家族に対して説明し、ご利用者の同意を得ます。 3 通所介護計画の内容について、ご利用者の同意を得たときは、通所介護計画書をご利用者に交付します 4 それぞれのご利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者居宅への送迎		事業者が保有する自動車により、ご利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要なご利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要なご利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要なご利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要なご利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要なご利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要なご利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	ご利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	ご利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	ご利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動など	ご利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

(2) 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ・医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ・ご利用者又はご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ・ご利用者又はご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ・身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（ご利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ・その他ご利用者又はご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、ご利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

令和6年6月～

○地域区分（流山・柏）6級地 1単位＝10.27円

サービス 提供時間 要介護度	○月曜日～土曜日 日常生活支援総合事業：通所型サービス費（独自）				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
事業対象/要支援1	1,798	18,465円	1,847円	3,693円	5,540円
/要支援2	3,621	37,187円	3,719円	7,438円	11,157円
サービス 提供時間 要介護度	①月曜日～土曜日 通所介護サービス費：7時間以上8時間未満				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	658	6,757円	676円/日	1,352円/日	2,028円/日
要介護2	777	7,979円	798円/日	1,596円/日	2,394円/日
要介護3	900	9,243円	925円/日	1,849円/日	2,773円/日
要介護4	1,023	10,506円	1,051円/日	2,102円/日	3,152円/日
要介護5	1,168	11,995円	1,200円/日	2,399円/日	3,599円/日

(4) 加算料金について

※加算料金等については別紙料金表参照

4 その他の費用について

キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	当日午前8時までの連絡の場合	キャンセル料 不要
	当日午前8時以降の連絡の場合	キャンセル料 750円
食事提供に要する費用	月曜日～土曜日 普通食：750円 （昼食・飲料代：690円/おやつ：60円） 特別食：850円 （昼食・飲料代：790円/おやつ：60円） ※特別食ムース・ペースト食を希望される場合はご相談ください。	
おむつ代	おむつの提供をする場合、1回につき150円の実費をいただきます。	
その他	上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、ご利用者負担が適当と認められるもの（ご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）有料レクリエーション（※希望）に係る費用などについて、費用の実費をいただきます。	

5 支払い方法について

(1) 利用料、ご利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア ご利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供月ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用月の翌月 15 日前後にご利用者あてにお届け（郵送）します。
(2) 利用料、ご利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア 請求書記載のサービス提供の内容・請求内容を、請求月ご確認いただき、2 3 日頃（祝休日の場合は直前の平日）までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 ・利用者指定口座からの自動振替 ・現金支払い イ お支払いの確認がとれましたら、領収書を発行いたします。領収書は必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）

※ 利用料、ご利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 1 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 10 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) ご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）・介護予防ケアプラン等」に基づき、ご利用者及びご家族の意向を踏まえて「通所介護計画書・個別計画書等」を作成します。なお、作成した「通所介護計画書・個別計画書等」は、ご利用者又はご家族にその内容を説明させていただきます。
- (3) サービス提供はご同意いただきました「通所介護計画書・個別計画書」に基づき行います。
- (4) 「通所介護計画書・個別計画書等」は、ご利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) ご利用者のサービス提供に関する具体的な指示等を通所介護従事者に行い、提供にあたってはご利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

7 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 送迎時間の連絡当日、送迎時間に変更を希望される場合は必ずご連絡ください。当日の変更にはご対応できかねる場合がございます。予めご了承ください。
- (2) 利用のキャンセルお休みを希望される場合は利用日当日の 8 時までにご連絡をお願いいたします。時間を過ぎての連絡に関しましてはキャンセル料を請求させていただきます。（月曜日～土曜日 7 5 0 円）
- (3) ご利用日の体調管理利用日当日の検温・体調確認をお願いいたします。送迎時乗車前も職員による検温を行う場合がございます。体調不良、発熱などが確認された場合には、ご利用を中止していただく場合がございます。ご自宅での様子を伺いさせていただきます。

8 サービス利用契約の終了

- (1) ご利用者の御都合でサービス利用契約を終了する場合
- (2) 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ください。
- (3) 当社の都合でサービスを終了する場合
- (4) 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。
- (5) 自動終了
以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。
 - (6) ご利用者が介護保険施設に入所した場合
 - (7) 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）と算定された場合
 - (8) ご利用者がお亡くなりになった場合
 - (9) その他
 - ・センター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、ご利用者、ご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、又は当社が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
 - ・ご利用者が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、ご利用者が入院又は病気等により3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、又はご利用者やご家族などが当施設や当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は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

9 虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する 担当者	管理者：小島 大右（こじま だいすけ）
-----------------	---------------------

- (2) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (3) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

10 身体拘束について

事業者は、原則としてご利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、ご利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ・緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶこ

とが考えられる場合に限りです。

- ・非代替性……身体拘束以外に、ご利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りです。
- ・一時性……ご利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

11 感染症対策について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に挙げる措置を講じます。

- ①職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月に一回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底しています。
- ③事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ④職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

12 ハラスメント対策

- (1)事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2)利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、パワーハラスメント・セクシャル・ハラスメントなどの行為を禁止します。

13 秘密の保持と個人情報の保護について

① ご利用者及びそのご家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、ご利用者又はそのご家族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。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得たご利用者又はそのご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後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	① 事業者は、ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等においてご利用者の個人情報を用いません。また、ご利用者のご家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、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ん。 ② 事業者は、ご利用者又はそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、ご利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合はご利用者の負担となります。）

14 緊急時の対応方法について

サービス提供中にご利用者に病状の変化・急変があった場合、その他緊急事態が生じたときは、事前の打ち合わせにより決定している緊急連絡先等（ご家族・主治医・担当介護支援専門員等）に速やかに連絡を行う等の必要な措置を講じます。

家族等：緊急連絡先	氏 名	続柄
	住 所	
	電 話 番 号	
	携 帯 電 話	
主治医	医療機関名	
	電 話 番 号	

15 事故発生時の対応方法

ご利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族、市区町村、地域包括支援センター、担当居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者に対する指定通所介護の提供又は送迎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。

16 心身の状況の把握

指定通所介護の提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、ご利用者の心身の状況、環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

17 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) 指定通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画・個別計画書等」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

18 サービス提供の記録

- (1) 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- (2) ご利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

19 非常災害対策

(1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

(2)

災害対策に関する 担当者	① 管理者：小島 大右（こじま だいすけ）
-----------------	-----------------------

(3) 非常災害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及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

(4) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

・避難訓練実施時期：（毎年2回 4月・10月予定）

(5) 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

20 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定通所介護に係るご利用者及びそのご家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す 事業者の窓口 のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ① 苦情または相談があった際は、状況を詳細かつ正確に把握するため、場合によっては訪問を実施するなど、慎重に聞き取りや事情確認を行う。
- ② 特に当事業所に関する苦情である場合には、ご利用者側の立場に立って事実関係の特定を行う。
- ③ 相談担当者は速やかに、管理者やその他の従事者と共同して、ご利用者の意見・主張を最大限に尊重したうえで適切な対応方針を検討する。
- ④ 関係者への連絡調整を迅速かつ確実に行うとともに、ご利用者への対応内容などの結果報告を行う
- ⑤ （時間を要する場合には、一旦その旨を利用者へ報告する）

(2) 苦情申立の窓口

事業所の窓口 大樹デイサービス流山 担当：小島 大右	所在地 千葉県流山市南流山 2-25-5 電話 04-7103-1910 F A X 04-7113-0627 受付時間 9：00～18：00
流山市：介護支援課	04-7150-6531
松戸市：介護支援課	047-366-7370
柏市：高齢者支援課	04-7167-1022
千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課：苦情処理係	043-254-7428

通所介護（介護予防・日常生活支援総合事業）提供にあたり、ご利用者に対して重要事項説明書を交付のうえ、サービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日： 令和 年 月 日

事業者	所在地	東京都新宿区西新宿 7-7-2 6	ワコーレ新宿第一ビル
	法人名	ユニオン・シティサービス株式会社	
	代表者名	代表者取締役 小檜山 隆	㊞

事業所	事業所名	大樹デイサービス流山
	事業所番号	1 2 7 2 5 0 2 7 0 7
	説明者	

私は、重要事項説明書に基づいて通所介護（介護予防・日常生活支援総合事業）のサービス内容等に係る重要事項の上記の内容について説明を受け、その内容を同意しました。

同意年月日： 令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞