

脳活デイサービス メドックガーデンビレッジ緒川

重要事項説明書

<令和8年 5月 1日 現在>

1. 設置者

法人の名称	社会福祉法人 成仁会
法人の所在地	愛知県知多郡東浦町大字緒川字猪伏釜 110 番地
電話番号	0562-82-2226
代表者氏名	理事長 吉田 禎宏
設立年月	平成16年 7月 6日

2. ご利用施設

施設の名称	脳活デイサービス メドックガーデンビレッジ緒川
事業の種類	認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護
介護保険指定番号	2395700194
利用定数	12 人
実施地域	東浦町、東海市、大府市、知多市、阿久比町
施設の所在地	愛知県知多郡東浦町大字緒川字栄 39 番地 1
管理者名	林 正人
電話番号	0562-85-6341
ファクシミリ番号	0562-82-3005
電子メール	info@medoc-care.jp
ホームページ	http://www.medoc-care.jp
開設年月日	平成 26 年 3 月 1 日

3. ご利用施設で合わせて実施する事業

事業の種類	介護保険指定番号	利用定数
美活デイサービス メドックガーデンビレッジ緒川 (通所介護及び介護予防通所介護相当サービス)	2375701816	25 人
グループホーム メドックガーデンビレッジ緒川 (指定認知症対応型共同生活介護及び 指定介護予防認知症対応型共同生活介護)	2395700186	18 人
メドック東浦 居宅介護支援事業所 (指定居宅介護支援事業所)	2375701436	

4. 事業の目的と運営方針

社会福祉法人成仁会が開設する脳活デイサービスメドックガーデンビレッジ緒川は、地域密着型サービスに該当する認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護として、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、心身の機能の維持、向上ならびに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、適切な認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。

- ① 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の実施にあたっては、ご利用者が有する能力に応じ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世話及び機能訓練を行うものとする。
- ② 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の実施にあたっては関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス等との密接な連携を図り、総合的なサービスを提供に努めるものとする。

5. 主な居室及び設備の概要

居室および設備	室 数	備 考
デイ食堂	1 室	
静養室	1 室	
浴 室	3 室	通所介護及び介護予防通所介護と共同

6. 主な職員の人数

職 種	員 数
管理者	1 名
生活相談員	1 名以上
看護職員	1 名以上
介護職員	2 名以上
運転手	1 名
機能訓練員	1 名以上
事務職員	1 名

7. 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
介護職員	日勤 8:00～17:00 遅番 9:00～18:00
看護職員	日勤 8:00～17:00
機能訓練員	日勤 10:00～16:00

8. 営業日及びご利用の予約

営 業 日	毎週月曜日から土曜日（12月29日～1月3日休業）
定 休 日	日曜日、年末年始（12月29日～1月3日） ※但し、その年により年末年始は変更があります。
サービス提供時間	9：30～16：45
営業時間	8：30～18：00

9. 認知症対応型通所介護の概要

（1）介護保険給付サービス

利用料金

サービス提供時間数		7時間以上8時間未満
		利用単位（1日あたり）
要介護度	要介護1	994単位
	要介護2	1102単位
	要介護3	1210単位
	要介護4	1319単位
	要介護5	1427単位

加算	利用単位
個別機能訓練加算	27単位/回
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月
入浴介助加算	40単位/回
入浴介助加算（Ⅱ）	55単位/回
若年性認知症受入加算	60単位/回
科学的介護推進体制加算	40単位/月

※ 下記加算内容がご希望者・対象者の方のみ基本料金に加算されます。

入浴介助加算（40単位/日）・入浴介助加算（Ⅱ）（55単位/日）

個別機能訓練加算（27単位/日）・個別機能訓練加算（Ⅱ）（20単位/月）

若年性認知症受入加算（60単位/日）

※ 利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合
所定単位数から片道につき47単位を減算します。

(2) 介護予防給付サービス

利用料金

サービス提供時間数	7時間以上8時間未満
	利用単位（1日あたり）
要支援1	861 単位
要支援2	961 単位

加算	利用単位
個別機能訓練加算	27 単位/回
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位/月
入浴介助加算	40 単位/回
入浴介助加算（Ⅱ）	55 単位/回
若年性認知症受入加算	60 単位/回
科学的介護推進体制加算	40 単位/月

※ 下記加算内容がご希望の方のみ基本料金に加算されます。

入浴介助加算（40 単位/日）・入浴介助加算（Ⅱ）（55 単位/日）

個別機能訓練加算（27 単位/日）・個別機能訓練加算（Ⅱ）（20 単位/月）

若年性認知症受入加算（60 単位/日）

（介護保険給付サービス及び介護予防給付サービス）

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ：月総単位数の17.4%

※ 1 単位＝10.17 円として計算します。ご利用者様の上記の負担額については、介護保険負担割合証に記載された割合に基づいての負担額となります。

※ 食事料金は含まれておりません。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

①日常生活の支援

排泄： トイレは車椅子の方でもご利用していただき易いように手すりや便器に工夫がされています。また、ご自分でトイレの使用が難しいご利用者にはその状態に応じてトイレ誘導を行い、できる限りおむつを使用しないで日常生活が過ごせるように心掛けています。

どうしてもおむつを使用しなければならない方は、尿の量や皮膚の状態を考慮して紙おむつ、尿取りパッドを併用します。

入浴： 入浴はご利用者の状態に応じて、一般浴（手すりや階段が付いた一般浴槽での入浴）、中間浴（座ったままで入浴が可能な機械を使用し一般浴槽での入浴）をお選びいただけます。

① 機能訓練

ご利用者の機能維持（向上）、日常生活動作の自立・改善を目的としています。医師の了解の下、個人プログラムを作成し、楽しく広がりのある生活を送っていただくよう努めています。

② 送 迎

心身の状況に応じ、適切な方法で、自宅から当施設までリフト付送迎車等での送迎を行います。送迎時間、リフト付送迎車（介助者有り）での乗車の有無などご希望がありましたら、事前にお伝えください。利用定員、交通事情等の都合により、ご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください。

（利用料）

通常のデイサービス事業実施地域を越えた地点から別途に次の額を徴収します。

- | | |
|----------------------------------|------|
| ① 片道 5km 未満 | 250円 |
| ② 片道 5km 以上 10km 未満 | 500円 |
| ③ 片道 10km 以上の場合は1km ごとに50円加算します。 | |

（3）介護保険給付外サービス及び利用料金

① 食事の提供

食事時間 昼食 12:00 ～ 13:00

食事料金 昼食 630円（上記の金額におやつ・ドリンク代も含まれています。）

②趣味活動、行事

利用者の趣味や活動能力に応じて、様々な趣味活動、イベントをご用意しています。

趣味活動、イベントの運営は、職員をはじめ、ボランティアの方々の協力を得て行います。

利用料金： 材料代等の実費をいただく場合がございます。

年間行事として、お花見、夏祭り、敬老会、クリスマス、新年会など四季の行事を催しています。

ご家族の方々にはその都度ご案内いたしますが、いずれの行事に参加していただいても差し支えございませんので、お気軽にご参加ください。行事によっては、別途参加費用がかかるものもございます。

③排泄用具

紙おむつ、リハビリパンツ、尿取りパットが必要な方はご持参ください。

枚数が足りない場合やお忘れになった場合は施設でもご用意しておりますが下記金額がかかります。

紙おむつM 130円、紙おむつL 150円、尿取りパット 20円

リハビリパンツM 110円、リハビリパンツL 120円

(4) 利用料金のお支払いについて

事業者は、利用料等の集金を「リコーリース株式会社」に委託します。利用者は契約時に当該引き落としに利用する金融機関の口座の詳細をご通知ください。

10. キャンセル料

当日8:30以降に当日利用の変更、取り消しなどの申し出があった場合、実費相当額（食材費）のキャンセル料をいただいております。

※ 連絡が困難な場合などやむを得ない場合はこの限りではありません。

11. 協力医療機関

医療機関の名称	刈谷豊田総合病院
所在地	愛知県刈谷市住吉町5丁目15番地
診療科	内科、外科、循環器科、整形外科、皮膚科等

医療機関の名称	公立西知多総合病院
所在地	愛知県東海市中ノ池3-1-1
診療科	内科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科等

12. 代理人

契約締結にあたり、代理人を指名し契約書に署名捺印をお願いいたします。

13. 秘密保持について

- ① 事業者および事業者の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らしません。
- ② 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく外部に漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

14. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）： 管理者 林 正人

受付時間： 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

電話番号： 0562-85-6341

ファクシミリ： 0562-82-3005

電子メール： info@medoc-care.jp

(2) 行政機関等

知多北部広域連合事業課

所在地： 東海市荒尾町西廻間 2 番地の 1
電話番号 052-689-2263

東浦町 ふくし課

所在地： 東浦町大字緒川字政所 20 番地
電話番号： 0562-83-3111

東海市 高齢者支援課

所在地： 東海市荒尾町西廻間 2 番地の 1
電話番号： 052-689-1600

大府市 高齢障がい支援課

所在地： 大府市中央町五丁目 70 番地
電話番号： 0562-45-6289

知多市 長寿課

所在地： 知多市緑町 1 番地
電話番号： 0562-33-3151

阿久比町 健康介護課

所在地： 阿久比町大字卯坂字殿越 50
電話番号： 0569-48-1111

愛知県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

所在地： 名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号
電話番号： 052-971-4165
電子メール： mail@aichi-kokuho.or.jp

15. 事故発生時の対応

事故防止には最善をつくします。万が一、事故が発生した場合は以下の点に留意して対応させていただきます。

- ①事故が発生した場合、予めお知らせいただいている「緊急連絡先」へ速やかに連絡いたします。また、必要に応じて地方公共団体など関係機関にも連絡します。
- ②事故を調査した結果に基づいて、ご家族等にその発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。
- ③事故後の対応にあたっては、ご利用者本人やご家族の気持ちを考え、誠意ある態度で対応します。

- ④ご利用者様の生命・身体・損物に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかにご利用者様に対して損害を賠償します。
- ただし、ご利用者様に重大な過失がある場合は、事業者は損害賠償を免除されまたは損害額を減額されることがあります。

16. 急変時の対応

- ①サービスご利用中にご利用者が急変された場合は、医師・看護師または介護職員の判断により、原則として救急車により医療機関へ救急搬送いたします。
- ②受入病院は、ご利用者の主治医が所属する医療機関または当施設の協力病院となるよう救急隊員に依頼しますが、その他の医療機関への搬送もあり得ます。また、休日・時間外は救急指定病院への搬送となります。
- ③救急搬送の際は可能な限り事前にご家族に連絡をお取りしますが、状況により事後となる場合がございます。
- ④ご利用者の状態によっては搬送先医療機関での緊急入院もあり得ますことをご理解ください。
- ⑤緊急入院時でご家族との連絡が取れない場合に、受入医療機関の状況や定めにより差額ベッドの利用や有償の付添人の依頼を行うことがあり得ますことをご了承ください。その際の費用はご利用者の負担となります。

17. 受診の依頼

- ① サービスご利用中に、ご契約時またはご利用開始時と著しく異なる心身の状況が認められた場合や、他のご利用者への影響が懸念される症状が認められた場合には、急変時対応以外でも、医師・看護師または介護職員の判断により医療機関での受診をお願いする場合がございます。
- ② 受診のための送迎・付添いは原則としてご家族にご対応いただきます。
- ※ 定期的な受診がサービスご利用中に予定されている場合は、ご家族により受診していただきます。

18. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

(1) 設備・器具の利用

施設内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。(不適切なご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがございます。)

(2) 喫煙

火災予防のため、喫煙される方は所定の喫煙場所をお願いします。

(3) 宗教活動・政治活動・迷惑行為等

施設内で他のご利用者に対する宗教活動および政治活動はお断りいたします。

騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りいたします。

(4) 貴重品・現金等

貴重品の持ち込みはご遠慮願います。

原則として現金はお預かりできません。

19. 提供するサービスの第三者評価の実施について

実施の有無	無し
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

私は、本書面に基づいて事業者の職員

職名 _____ 氏名 _____ から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利 用 者 氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

利用者の家族 氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

