

令和 6 年 4 月 1 日

**【指定通所介護】【介護予防通所介護相当事業】**

(青森市指定0270100662)

**デイサービスセンターあかしや 重要事項説明書**

## 1. 事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 平 元 会  
(2)法人所在地 青森県青森市大字高田字川瀬187番地14  
(3)電話番号 017-763-5508  
(4)代表者氏名 理事長 藤 本 由美子  
(5)設立年月 平成元年11月28日

## 2. 事業所の概要

- (1)事業所の種類 指定通所介護事業所 平成12年 4月 1日指定  
介護予防通所介護 平成18年 4月 1日指定  
指定介護予防・日常生活総合事業 平成29年 4月 1日指定  
介護予防通所介護相当事業 平成30年 4月 1日指定  
青森市0270100662(共通)
- (2)事業所の名称 デイサービスセンターあかしや
- (3)事業所の所在地 青森市緑1丁目19番地10
- (4)電話番号 017-718-3898
- (5)事業所長(管理者) 崎野 隆
- (6)開設年月 平成12年4月1日
- (7)利用定員 30人

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1)通常の事業の実施地域 青 森 市 内

- (2)営業日及び営業時間

営 業 日	月～土曜日(12月31日～1月3日を除く)
受 付 時 間	月～土曜日 8時00分～17時00分
サービス提供時間	月～土曜日 9時00分～16時00分

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	人 数
1. 管 理 者	1人
2. 介 護 職 員	4人以上
3. 生 活 相 談 員	1人以上
4. 看 護 職 員	1人以上
5. 機 能 訓 練 指 導 員	1人以上
6. 運 転 手	8人(兼務)
7. 配 食 員	1人
8. 調 理 員	業者委託

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介 護 職 員	勤務時間 8:00～17:00 (※シフト制) ☆原則として職員1名あたり利用者10名のお世話をします。
2. 看 護 職 員	勤務時間 8:00～17:00 ☆原則として1名の看護職員が勤務します。
3. 機 能 訓 練 指 導 員	勤務時間 8:00～17:00

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| ○利用料金が介護保険から給付される場合<br>○利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスは、給付対象となるサービスです。

- |             |            |
|-------------|------------|
| (1) 生活指導    | (6) 送迎     |
| (2) 機能訓練    | (7) 給食サービス |
| (3) 介護サービス  | (8) 入浴サービス |
| (4) 介護方法の指導 |            |
| (5) 健康チェック  |            |

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### ① 食費

- ・当事業所では、栄養士又は管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) PM12:00～13:00

(金額) 食費 1日 1食 500円

### ②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金:材料代等の実費をいただくことがあります。

### ③嗜好物

事業所が用意する特別な飲食物をご契約者が希望する場合、別途定める金額を実費頂きます。

### ④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただくことがあります。

1枚につき 10円

## (3) 介護保険サービス利用料金

以下のサービスは、利用料金の1割が自己負担、9割が介護保険から給付されます。なお、一定所得以上の方は、利用料金の2割が自己負担、8割が介護保険、若しくは利用料金の3割が自己負担、7割が介護保険から給付されることとなります。詳しくは、行政機関より交付される『介護保険負担割合証』をご確認ください。なお、『介護保険負担割合証』については、介護保険証と一緒に当事業所までご提示くださいますようお願い致します。

## 介護給付

### ① 基本料金

通常規模型通所介護費(3)	ご契約者の要介護度とサービス利用料金	うち、介護保険から給付される金額(1割負担の場合)	サービス利用に係る自己負担額		
			1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要介護1	6,580円	5,922円	658円	1,316円	1,974円
要介護2	7,770円	6,993円	777円	1,554円	2,331円
要介護3	9,000円	8,100円	900円	1,800円	2,700円
要介護4	10,230円	9,207円	1,023円	2,046円	3,069円
要介護5	11,480円	10,332円	1,148円	2,260円	3,444円

② サービス提供加算

	サービス利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算(Ⅰ)	1日 400円	40円	80円	120円
入浴介助加算(Ⅱ)	1日 550円	55円	110円	165円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1日 560円	56円	112円	168円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月 200円	20円	40円	60円
生活機能向上連携加算	1月 1000円	100円	200円	300円
中重度者ケア体制加算	1日 450円	45円	90円	135円
認知症加算	1日 600円	60円	120円	180円
口腔機能向上体制加算	1回 1600円 (月2回まで)	160円	320円	480円
科学的介護推進体制加算	1月 400円	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	1回 220円	22円	44円	66円
送迎を行わない場合の減算	片道 470円	47円減算	94円減算	141円減算

③介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数(①+②)にサービス加算率5.9%を乗じた額

④介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数(①+②)にサービス加算率1.2%を乗じた額

⑤介護職員等ベースアップ等支援加算

所定単位数(①+②)にサービス加算率1.1%を乗じた額

(4)介護予防サービス利用料金

介護予防相当事業給付

① 基本料金(介護予防の算定単位数は1月あたりで規定されております)

介護予防通所介護相当事業費	ご契約者の要介護度とサービス利用料金	うち、介護保険から給付される金額	サービス利用に係る自己負担額		
			1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
事業対象者・要支援1	17,980円	16,182円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	36,210円	32,589円	3,621円	7,242円	10,863円

② サービス提供加算(1月あたり)

	サービス利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
運動器機能向上加算	1月 2,250円	225円	450円	675円
生活機能向上グループ活動加算	1月 1,000円	100円	200円	300円
口腔機能向上体制加算Ⅰ	1月 1,500円	150円	300円	450円
口腔機能向上体制加算Ⅱ	1月 1,600円	160円	320円	480円
一体的サービス提供加算	1月 4,800円	480円	960円	1,440円
科学的介護推進体制加算	1月 400円	40円	80円	120円
通所型独自送迎減算	片道 470円	47円	94円	141円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1月 880円 【要支援1】【事業対象者】	88円	176円	264円
	1月 1760円【要支援2】	176円	352円	528円

### ③介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数(①+②)にサービス加算率5.9%を乗じた額

### ④介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数(①+②)にサービス加算率1.2%を乗じた額

### ⑤介護職員等ベースアップ等支援加算

所定単位数(①+②)にサービス加算率1.1%を乗じた額

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、申請してからの利用となります。サービス利用料金は認定結果が通知された事を受け、ケアマネージャーのプラン作成後に請求いたします。自立と認定された方は上記とは異なります。

☆個別機能訓練サービス担当者会議において、対象となった場合、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員が状態に合わせて計画していきます。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。(前記(2)①参照)

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

### (5)利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)、(3)、(4)の料金・費用は、月末に精算し、翌月末日までにお支払い下さい。支払い方法は原則口座引き落としとしていますが、引き落とし以外でのお支払いを希望される方は以下のいずれかの方法となります。詳細は個別に相談させていただきます。

ア. 口座引き落とし(毎月末日に引き落とし)

※引き落とし以外のお支払方法をご希望される場合は以下の通りです。

イ. 事業所での現金支払い(8:00 ~ 17:00)

ウ. 下記口座へ振り込み

青森銀行 大野支店 普通預金3003292

デイサービスセンターあかしや 管理者 崎野 隆

### (6)利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

○予定された曜日を利用者と事業所で合意形成がされれば利用曜日の変更も可能です。

## 6. 事業所から申し出により系やきを解除する場合について

- (1) ご契約者・身元保証人によるサービス利用料の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定め催告にも関わらず、これが支払えない場合は契約を解除する事とします。
- (2) 長期的入院により利用再開が困難と判断された場合は契約解除の相談をさせていただきます。また、契約者の諸事情による1か月以上の長期的な利用休止をする場合、利用再開時の事業所の状況により希望の曜日にご利用できない場合がございますので予めご了承下さい。

## 7 身元保証人(契約書第 27 条参照)

- (1) 契約締結時に、ご契約者の署名・捺印を必要としますが、ご契約者ができない場合には代理の方が署名することもできます。ご契約者本人による署名・代理人署名のいずれの場合においても、「身元保証人」を特定していただき、契約者が当事業所のサービスを利用している間、主たる連絡先として介護・医療方針等に関する判断、利用料等が円滑に支払われるための援助をお願いすることとなります。
- (2) ご契約者または身元保証人の都合により身元保証人を変更される場合は、事業者へ変更後の身元保証人を速やかに通知し、新たに契約書を作成するものとします。
- (3) 身元保証人は契約者に債務不履行があったときは、この契約から生ずる一切の金融責務について連帯して履行の義務を負うとともに、契約者の身柄を引き取る責任を負うものとします。
- (4) 身元保証人は本契約上「根保証契約」となり次に定める極度額(ご利用料金の約3か月分10割負担)金120万円を限度としてその履行をする責務を負うものとします。
- (5) 身元保証人の履行義務期間は契約日から5年とします。

## 8. 苦情の受付について(契約書第 21 条参照)

- (1) 指定通所介護及び介護予防通所介護相当事業の提供に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、窓口を設置する等の必要な措置を講ずるとともに、当該措置の内容を利用者又はその家族に対して周知します。
- (2) 事業所は、提供した指定通所介護及び介護予防通所介護相当事業に関し、介護保険法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。
- (3) 事業所は、提供した指定通所介護及び介護予防通所介護相当事業に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

### ア 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

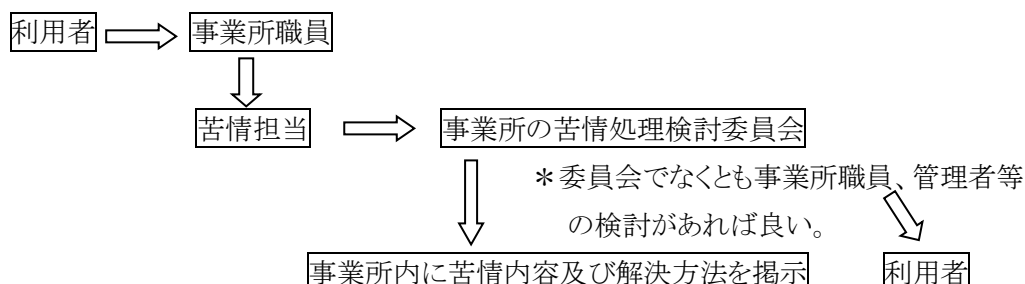
- 苦情受付窓口(担当者)

職氏名 生活相談員 宮田 義和

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:00～17:00

また、苦情受付ボックスを正面玄関及び事業所ホールに設置しています。

#### イ 苦情処理体制



#### ウ 行政機関その他苦情受付機関

青森市役所介護保険課	所在地	青森市新町1丁目3-7
	電話番号	017-734-5257
	受付時間	8:30～18:00
国民健康保険団体連合会	所在地	青森市新町2丁目4-1
	電話番号	017-723-1336
	受付時間	9:00～17:00
青森県社会福祉協議会	所在地	青森市中央3丁目20-30
	電話番号	017-723-1391
	受付時間	9:00～17:00

エ 第三者評価事業実施の有無 無し

## 9. 事故発生時の対応

事故が発生した場合は、ご家族、協力医療機関、関係機関等に速やかに報告し対応します。事前に緊急連絡先、対応について確認させていただきます。

## 10. 緊急時における対応方法

現に通所介護及び指定介護予防通所介護サービスの提供を行っている時、利用者に病状の急変が生じた場合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必要な措置を講ずるとともに、ご家族、管理者に報告し、指示を受けます。

## 11. 秘密保持・個人情報の提供について(契約書第 11 条参照)

- (1) 事業所は、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り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) 事業者が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。
- (3) 職員は正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密は漏らしません。



- (4) 当事業所の職員であった者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密は漏らしません。
- (5) サービス担当者会議、医療機関等各関係機関から依頼のあった下記の場合には本人の同意を得た上でのみ行います。
- ①利用者の個人情報の提供をする場合
  - ②利用者のご家族の個人情報を提供する場合
  - ③急変時や警察所管の支援が必要となった場合は、緊急性の観点から事後においてその趣旨・提供先等の報告をします。

## 12. 非常災害時の対応

事業所は、非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に従業者に周知するとともに、年2回以上、避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行います。

## 13. 損害賠償(契約書第13条、第14条参照)

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、過失の程度に応じ事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

契約者が故意または過失により、事業者の施設または設備・備品の利用につき通常の保守管理の程度を超える補修等が必要になった場合は、その費用を全額契約者が負担するものとします。事業者は明白な責任が無い場合、損害賠償責任を負いません。

なお、当事業所は損害保険ジャパン日本興亜株式会社の賠償保険に加入しています。

(損害賠償を負わない事例等)

- 1、利用者がその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行った事にもつぱら起因して損害が発生した場合
- 2、急激な体調の変化等、施設の介護サービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- 3、利用者が施設サービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

## 14. 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情体制の整備
- ③ その他虐待防止のために必要な措置

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

## 1 5. 感染症対策及び、まん延防止における対応方法

事業所は、感染症拡大防止、及びまん延防止に備える為、次の措置を講ずるものとする。

1. 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定期的及び、必要に応じ随時開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ることとする。
2. 感染症拡大対策のための指針・マニュアルの策定を整備することとする。
3. 従業員に対し、感染症拡大防止のための研修を定期的実施すること。
4. 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこととする。
5. 緊急時の連絡体制の整備。定期的な訓練の実施。

## 1 6. 業務継続計画策定に関する事項

事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築する為、次の措置を講ずるものとする。

1. 利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定することとする。
2. 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずることとする。

## 1 7. その他運営に関する重要事項

1. 通所介護事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じることとする。
2. 通所介護職員の資質の向上のため次のとおり研修の機会を設けるものとする。
  - (ア) 採用時研修 採用後2か月以内
  - (イ) 事業継続（BCP）\*災害、感染症に関する研修 年2回
  - (ウ) 虐待防止・身体拘束等に関する研修 年1回
  - (エ) 入浴・排泄・褥瘡に関する研修 年1回
  - (オ) 認知症ケアに関する研修 年1回
  - (カ) 倫理及び法令遵守、プライバシーに関する研修 年1回
3. 職員及び職員であった者は正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
4. 事業者は、職員及び職員であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、職員である間及び職員でなくなった後においてもこれらの者の秘密を保持すべき旨を職員と誓約書を結ぶ。
5. 当事業所は、第三者評価事業は実施しない。
6. 事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供に関する諸記録を整備し、利用者との契約終了の日から2年間保存する。また、事業者は、請求及び受領に係る記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。
7. この規程に定めるもののほか、この事業所の運営に関する事項は社会福祉法人平元会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

令和 年 月 日

指定通所介護、介護予防通所介護相当事業の提供の開始に際し本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者

デイサービスセンターあかしや

\_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護、介護予防通所介護相当事業の提供開始に同意しました。さらに、個人情報の提供についても同意しました。

契約者 住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

代理人 住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

続柄

\_\_\_\_\_

身元保証人1 住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

続柄

\_\_\_\_\_

身元保証人2 住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

続柄

\_\_\_\_\_

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。