

地域密着型通所介護  
第1号通所介護サービス

重要事項説明書

那智が丘四季の風デイサービスセンター

事業所指定番号：0490700085

# 指定地域密着型通所介護・第1号通所介護サービス

## 重要事項説明書

〈令和6年4月1日改訂〉

### 1 事業の目的

地域で暮らす高齢者が、可能な限り居宅においてその方の能力に応じた自立した生活を送れるように、必要な日常生活上のお世話や機能訓練等を提供すること、並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的としています。

### 2 運営方針

介護保険制度の基本理念に基づき、要介護者及び要支援者であるご利用者の意思や人格を尊重し、ご利用者の立場に立った適切なサービスの提供に努めます。

### 3 通所介護事業所 株式会社 和の概要

#### (1)提供サービスの種類と地域

事業所の名称	那智が丘 四季の風デイサービスセンター
所在地	宮城県名取市那智が丘5丁目7番地の9
指定の種類	指定地域密着型通所介護・第1号通所介護サービス
指定年月日	令和5年8月15日
介護保険指定番号	0490700085
サービスを提供する対象地域	名取市

#### (2)職員の職種及び員数

令和6年4月1日

職 種	実配置状況		指定基準
	資格者の内訳	計	
管理者	介護福祉士(生活相談員と兼務)	1名以上	1名
生活相談員	介護福祉士(管理者と兼務) 准看護師(介護員と兼務)	1名以上	1名
機能訓練指導員	准看護師	1名	1名
介護職員	介護員	1名以上	1名

#### (3)設備の概要

定員	10名	静養室	1室
食堂兼ダイニング (32.1㎡)	1室	浴室	1室
送迎車	2台	相談室	1室

#### (4) 営業時間

月～金曜	8：30～17：30(原則として問い合わせは営業日) ※但し要介護サービス提供時間は9：00～16：30 要支援サービス提供時間は9：15～16：15
土曜・日曜	定休日 年未年始(12/30～1/3)

※時間外緊急連絡先 株式会社 和 022-797-7926

#### 4 サービス内容

地域密着型通所介護・第1号通所介護サービス施設は、事業者が設置する事業所(デイサービスセンター)を利用し、入浴・排泄・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認や、その他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練(集団でのレクリエーションや、創作活動等)を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

##### (1) 食事

- ・ 食事の準備、介助を行います。
- ・ ご利用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。
- ・ お弁当をご持参していただくことも可能です。その場合には、前日の17時までに事業所に申し出て下さい。

##### (2) 入浴

個別入浴又は清拭を行います。ご利用者の身体状況に応じて、安全面を考慮して二人体制で介助させて頂く場合もあります。(要支援の方の入浴はしていません。)

##### (3) 排泄

- ・ ご利用者の排泄の介助を行います。

##### (4) 送迎サービス

- ・ ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
- 但し、名取市の事業実施地域外からのご利用の場合は、下記の交通費実費をご負担いただきます。

事務所から片道おおむね10km未満	無料
事務所から片道おおむね10km以上	1kmあたり30円にキロ数を乗じた金額

5 要介護 1～5 の料金

(1) 要介護料金

所要時間 (7～8 時間) 利用の場合

令和 6 年 4 月 1 日現在

サービス区分等		単位数	利用料	自己負担額 (1 割)	自己負担額 (2 割)	自己負担額 (3 割)
通所介護 地域密着型	要介護 1	753 単位	7,530 円	753 円	1,506 円	2,259 円
	要介護 2	890 単位	8,900 円	890 円	1,780 円	2,670 円
	要介護 3	1,032 単位	10,320 円	1,032 円	2,064 円	3,096 円
	要介護 4	1,172 単位	11,720 円	1,172 円	2,344 円	3,516 円
	要介護 5	1,312 単位	13,120 円	1,312 円	2,624 円	3,936 円
加 算	入浴介助加算(I)	40 単位	400 円	40 円	80 円	120 円

(2) 要支援料金 (下記料金の 1 割～3 割)

サービス区分等		利用回数	利用料金	備考
通所介護型サービス	事業対象者・要支援 1	週 1 回程度	4,360 円×利用回数	1 月 4 回まで
	要支援 2	週 2 回程度	4,470 円×利用回数	1 月 8 回まで

(3) その他

実費徴収金	昼食代	実費	500 円
	おやつ代	実費	130 円
	紙おむつ代	実費	110 円
	尿取りパッド	実費	55 円
	教養娯楽費 (レクリエーション・教材・印刷費など)	実費	100 円/回
	その他、行事・外出等の費用 (必要に応じていただきます)		実費

※(注 1)上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(4) キャンセル料

利用者のご都合等でサービス中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前日の 17 時までにご連絡 いただいた場合	無料
①ご利用日の前日の 17 時までにご連絡 がなかった場合	昼食代 500 円 おやつ代 130 円

## (5) 支払方法

サービス利用料金は1か月ごとに計算し、利用者はこれを翌日20日までに支払うものとします。

(6) サービス利用料は月の途中で、要介護から要支援に変更又は、要支援から要介護に介護度が変更になった場合、同一保険者管内での転移等により事業所を変更した場合は利用料を日割り計算の上、徴収いたします。

## 6 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当センター職員がお伺いいたします。

地域密着型通所介護計画（通所介護型サービス計画）作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービス内容の変更を希望する場合は、事業所に申し入れることができます。

その場合事業者は可能な限り利用者の希望に沿うようにします。

(3) サービス終了

① 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護区分が非該当(自立)と認定された場合。

② 事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。この場合は、終了1ヶ月前に文書で通知致します。

③ 事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合。

④ 利用者が死亡した場合。

⑤ 利用者が介護保険施設に入所した場合。

⑥ 注意事項

・ 医療行為はできません。

・ 利用者又はご家族からの金銭、物品、飲料の授受はできません。

・ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為はできません。

・ その他利用者又はご家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為は行わないでください。

⑦ その他

・ 当センターが正当な事由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に対する場合、利用者や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、又は当センターが破産した場合、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。

・ 利用者が、サービスを料金の支払いを2か月以上遅延し、相当期間を設けた催告にかかわらずこれが支払われない場合、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、利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合は、又は利用者やご家族などが当センターのサービス従事者に対して本契約を持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、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

#### (4) サービス提供の記録

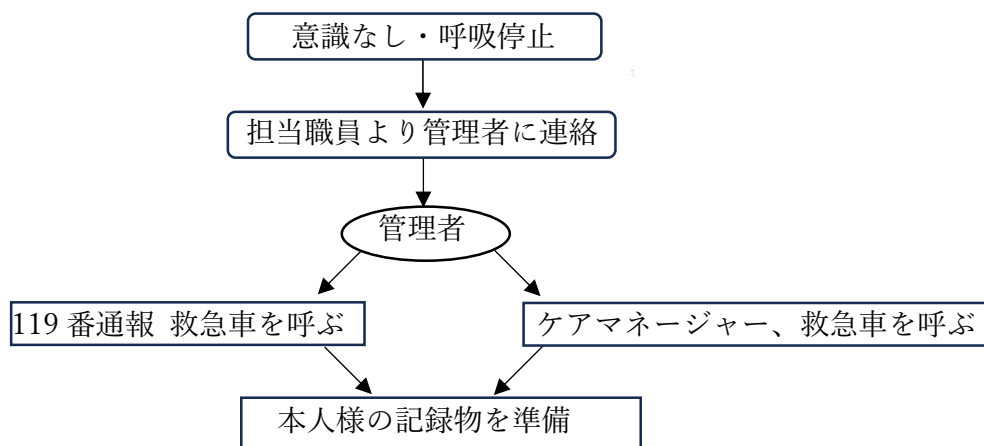
- ① 地域密着型通所介護・第1号通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

### 7 事故発生時の対応

#### (1) 電話（報告書）による報告

事故等が発生した場合、事故発生日又は翌日中（閉庁日の場合は翌開庁日）に事故の概要

- ① 事故発生／発見日時
- ② 利用者等の氏名・年齢
- ③ 受傷の程度・部位
- ④ 家族への報告対応・ケアマネージャーや行政への報告



#### (2) 事故報告書の提出（事故原因の分析、再発防止策の検討を行う）

### 8 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとします。

- 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処理体制の整備
- 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、当該事業所従事者又は養護者（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します。

## 9 衛生管理及び従業者等の健康管理等

- (1) 事業所は衛生管理に十分留意し、必要な配置を行います。
- (2) 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必要な措置を講じ、必要に応じ保健所の助言、指導を求めていきます。
- (3) 事業所は従業者に対し感染症等に関する基礎知識を習得させるため、感染症対策委員会を設置し、従業者に研修を行います。
- (4) 集団感染が発生した場合、深刻な被害が生じるおそれがあることに留意して感染拡大防止に努めます。
- (5) 事業者は従業者に年1回の健康診断を実施します。

## 10 非常災害対策

- (1) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、定期的に避難、救出その他必要な年2回以上の定期的に訓練を行います。
- (2) 地域住民との連携を行います。

## 11 苦情・ハラスメント処理

- (1) 事業の提供に係る利用者及び家族からの苦情・ハラスメントに迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、提供した事業に関し、介護保険法の規定により市町村が行う文章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からの質問若しくは照会に応じ、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の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っていきます。

## 12 個人情報の保護

- (1) 事業所は、利用者又は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り扱いのためのガイダンス」を尊重し適切な取り扱いに努めていきます。
- (2) 事業者が得た利用者又は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利用者又は家族の同意をあらかじめ書面により得るものとします。

### 13 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護・1号通所介護サービスの提供を継続的にするため、非常時の体制や早期の業務再開を図るための計画を策定し当核業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 就業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 14 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実地しておりません。



## 15 サービス内容に関する苦情

### (1)事業所の相談・苦情窓口

当事業所の地域密着型通所介護・第1号通所介護サービスに関する相談・苦情について承ります。

相談員または管理者までお申し出ください。

相談・苦情担当者：佐々木 敏子

連絡先 〒981-1244 宮城県名取市那智が丘5丁目7番地の9  
株式会社 和

電話 022-797-7926

電子メール [giai@cocoa.ocn.ne.jp](mailto:giai@cocoa.ocn.ne.jp)

### (2)法人の相談窓口

担当者：五十嵐 静香

連絡先 〒981-1244 宮城県名取市那智が丘5丁目7番地の9  
株式会社 和

電話 022-797-7926

電子メール [giai@cocoa.ocn.ne.jp](mailto:giai@cocoa.ocn.ne.jp)

### (3)行政機関その他苦情受付期間

名取市 介護長寿課	所在地 宮城県名取市増田字柳田 80 電話番号 022-384 - 2111 受付時間 8:30～17:15
宮城県 国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口	所在地 仙台市青葉区上杉一丁目2番3号 電話番号 022-222-7700 FAX 022-222-7260 受付時間 9:00～16:00

《契約をする際の確認事項》

令和 年 月 日

<事業者名> 株式会社 和

<住所> 名取市那智が丘5丁目7番地の9

<代表者名> 代表取締役 五十風 静香 印

地域密着型通所介護・第1号通所介護サービス提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

那智が丘 四季の風デイサービスセンター

説明者：氏名\_\_\_\_\_

私は、利用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・第1号通所介護サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者：氏名\_\_\_\_\_

代理人：氏名\_\_\_\_\_

続柄：\_\_\_\_\_

<緊急連絡先>

氏 名	
住 所	
電話番号(携帯)	
続 柄	

<主治医>

病院又は診療所名	
医師名	
住 所	
電話番号	