

重要事項説明書

(令和6年6月1日現在)

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 中央福祉会
主たる事務所の所在地	〒030-0132 青森市大字横内字若草1番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 石田 憲久
設立年月日	昭和48年7月3日
電話番号	017-728-1133

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター三思園	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
事業所の所在地	〒030-0132 青森市大字横内字若草1番地1	
電話番号	017-728-1133	
指定年月日 介護保険事業所番号	平成12年4月1日指定	0270100597
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
通常の実業の実施地域	青森市（浪岡地区除く）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	<p>○地域密着型通所介護 この事業所が行う地域密着型通所介護の事業は、高齢者が要介護状態となった場合においても、その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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。</p> <p>○介護予防通所介護相当事業 事業所は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令及び青森市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱等に従い、要支援・要介護状態になることをできるだけ予防し、自らの能力を活かして活動的で生きがいのある生活を送ることができるよう、第一号通所事業【介護予防通所介護相当事業】を提供します。</p>
-------	---

運営の方針	<p>○地域密着型通所介護</p> <p>(1) 地域密着型通所介護の提供にあたっては、地域密着型通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及び日常生活を営むのに必要な援助を行います。</p> <p>(2) 地域密着型通所介護の提供にあたっては、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。</p> <p>(3) 地域密着型通所介護の提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行います。</p> <p>(4) 地域密着型通所介護の提供にあたっては、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談、援助及び助言等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供します。</p> <p>特に、認知症の状態にある場合は、必要に応じその特性に対応したサービス提供を行います。</p> <p>○介護予防通所介護相当事業</p> <p>(1) 介護予防通所介護相当事業の提供にあたっては、個別援助計画に基づき、利用者の機能訓練及び日常生活を営むのに必要な援助を行います。</p> <p>(2) 介護予防通所介護相当事業の提供にあたっては、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。</p> <p>(3) 介護予防通所介護相当事業の提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行います。</p> <p>(4) 介護予防通所介護相当事業の提供にあたっては、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談、援助及び助言等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供します。</p> <p>特に、認知症の状態にある場合は、必要に応じその特性に対応したサービス提供を行います。</p>
-------	---

4. 提供するサービスの内容

- | | | |
|------|----------|--------|
| ① 送迎 | ④ 機能訓練 | ⑦ 介護全般 |
| ② 食事 | ⑤ 生活相談 | |
| ③ 入浴 | ⑥ 健康チェック | |

5. 営業日時

営業日	月曜日～金曜日・祝日
休日	土曜日、日曜日、5月の祝日、12月31日～1月3日
営業時間	午前8時00分～午後5時00分
サービス提供時間	午前9時30分～午後3時30分

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤兼務 1 名
生活相談員	常勤専従 1 名 常勤兼務 2 名
看護職員	常勤兼務 3 名
介護職員	常勤兼務 3 名 常勤専従 1 名 非常勤専従 1 名
機能訓練指導員	常勤兼務 3 名
事務職員	非常勤専従 2 名

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 鎌田 由紀
管理責任者の氏名	管理者 鎌田 由紀

8. 利用料

あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、介護保険負担割合証に記載の負担割合に応じてお支払い頂きます。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 地域密着型通所介護の利用料

【基本部分：地域密着型通所介護費】

所要時間 (1日あたり)	利用者の 要介護度	地域密着型通所介護費		
		1割負担	2割負担	3割負担
6時間以上 7時間未満	要介護1	678円	1,356円	2,034円
	要介護2	801円	1,602円	2,403円
	要介護3	925円	1,850円	2,775円
	要介護4	1,049円	2,098円	3,147円
	要介護5	1,172円	2,344円	3,516円

(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。なお、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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額		
		1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算 I	利用者の入浴介助を行った場合 (1日につき)	40円	80円	120円
サービス提供体制 強化加算 I	当該加算の体制・人材要件を満 たす場合(1日につき) ※(注3)	22円	44円	66円
科学的介護推進 体制加算	当該加算の算定要件を満たす場 合※(注3)(1月につき)	40円	80円	120円
介護職員 処遇改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場 合※(注3)	1月の利用料金(基本部分+ 各種加算減算)の9.2%		

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額		
		1割負担	2割負担	3割負担
送迎を行わない場 合の減算	利用者に対して、その居宅と指 定地域密着型通所介護事業所と の間の送迎を行わない場合 (片道につき)	47円	94円	141円

(2) 介護予防通所介護相当事業の利用料

【基本部分：介護予防・日常生活支援総合事業費】

利用者の 要介護度	介護予防・日常生活支援総合事業費 (介護予防通所介護相当事業) (1月につき)		
	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	3,621円	7,242円	10,863円

(注1) 上記の基本利用料は、青森市長が要綱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。なお、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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

利用者の 介護度	加算の種類	加算の要件 (概要)	加算額		
			1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1	サービス提 供体制強化 加算 I	当該加算の 体制・人材 要件を満た す場合(1 月につき) ※(注3)	88円	176円	264円
要支援2			176円	352円	528円
科学的介護推進体制加算		当該加算の 算定要件を 満たす場合 ※(注3)	40円	80円	120円
介護職員処遇改善加算 I		当該加算の 算定要件を 満たす場合 ※(注3)	1月の利用料金(基本部分+各種加算減算) の9.2%		

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(3) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき550円の食費をいただきます。
その他	上記以外のレクリエーションにかかる費用、日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（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）について、費用の実費は自己負担となります。

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護相当事業は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日朝8時までに連絡がなかった場合	利用者負担金の5%の額

(注) 利用予定日の当日朝8時までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10日頃までに、請求書をお渡ししますので受け取りました月内にお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

10. 事故発生時の対応

事業所は、利用者に対するサービスにより事故が発生した場合には、速やかに保険者市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事業所は事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。事業所は、利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。なお、当事業所における損害賠償の内容等は次のとおりです。

加入保険会社	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
加入保険	社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 017-728-1133			
	苦情・相談受付窓口 (担当者)	生活相談員	須藤 美沙希	
	苦情解決責任者	管理者	鎌田 由紀	

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	青森市福祉部 介護保険課	電話番号 017-734-5257
	国民健康保険団体連合会	電話番号 017-723-1301
	青森県運営適正化委員会	電話番号 017-731-3039

12. 個人情報の保護

- (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) 事業所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。

1 3. 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する。

事業所相談窓口	電話番号	0 1 7 - 7 2 8 - 1 1 3 3		
	担当者	生活相談員	須藤	美沙希
	責任者	管理者	鎌田	由紀

1 4. サービスの利用にあたっての留意事項

- サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。
- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
 - (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
 - (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 5. 非常災害対策

事業所は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

記

1. 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターと介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記（1）のほか、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行ったときに、医師・看護師等に説明する場合。
- (4) 利用施設における個人情報の掲示等について同意する下記の事項
 - ① 機関誌へ掲載する行事などにおける利用者写真の使用
および施設内での同写真の展示 (同意 ・ 非同意)
 - ② 面会者等の外部からの問い合わせへの回答 (同意 ・ 非同意)

2. 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に洩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、個人情報利用の内容等の経過を記録します。

年 月 日

地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当事業サービス提供開始に際し、本書面に基
づき重要事項・個人情報同意書について説明を行いました。

事業者

所在地 青森県青森市大字横内字若草1番地1

名称 社会福祉法人中央福祉会

地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当事業

デイサービスセンター三思園

理事長 石田 憲久 印

説明者 生活相談員 鎌田 由紀 印

年 月 日

地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当事業サービス提供開始に際し、本書面に基
づいて事業者から重要事項・個人情報同意書について説明を受け同意しました。

利用者

[住所]

[氏名]

印

法定代理人

または署名代行者

[住所]

[氏名]

(続柄

印
)

身元引受人

[住所]

[氏名]

(続柄

印
)