

通所介護重要事項説明書

<令和 7年 6月 1日現在>

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0186-30-4010(午前8時30分～午後5時30分まで)

担当 生活相談員 山本 美幸
生活相談員 兎澤 裕美子

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. ケアホームおおゆデイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	ケアホームおおゆデイサービスセンター
所 在 地	秋田県鹿角市十和田大湯字湯の岱一丁目1番地
介護保険指定番号	通所介護 秋田県 0570903641
サービス提供時間	7時間以上8時間未満(送迎時間を除く)
サービスを提供する 対象地域※	鹿角市・鹿角郡・大館市(沢尻・葛原・猿間地域) (総合事業は鹿角市のみ)

※上記地域以外の方でも ご希望の方はご相談ください。

(2) 同センターの職員体制

職 種	人 員	業 務 内 容
管理者(常勤)	1人	事業所の統括管理
生活相談員 (1人以上常勤)	2人以上	利用者及び家族との相談業務、サービスの調整、 他の機関との連携
介護職員(1人以上常勤)	5人以上	利用者の介護サービス
看護職員	1人以上	利用者の健康管理
機能訓練指導員	1人以上	利用者の機能訓練

(3) 同センターの設備の概要

定 員	月～土	35名	静 養 室	1室
	日	名	相 談 室	1室
食堂兼機能訓練室	1室		休 憩 室	2室
浴 室	一般浴槽・特別浴槽		送 迎 車	6台

(4) サービス提供日時

サービス提供時間	月曜日～土曜日 午前9時30分～午後4時30分
営 業 時 間	月曜日～土曜日 午前7時00分～午後7時00分
定 休 日	なし ※ただし、8月13日～8月15日、12月29日から翌年1月3日までの 期間は休業日とさせていただきます場合があります。

3. サービス内容

①送迎 ②食事 ③入浴 ④機能訓練 ⑤生活相談 等

4. 料金

(1) 利用料金

○総合事業利用料金（月額）

介護度	基本報酬 100%	うち自己負担額		
		1割	2割	3割
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

・その他の介護給付サービス

加 算		介護給付 100%	うち自己負担額		
			1割	2割	3割
サービス提供強化加算Ⅰ	要支援1	880円	88円	176円	264円
	要支援2	1,760円	176円	352円	528円
科学的介護推進体制		400円	40円	80円	120円

○通所介護利用料金（1日あたり）

介護度	基本報酬 100%	うち自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,580円	658円	1,316円	1,974円
要介護2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
要介護3	9,000円	900円	1,800円	2,700円
要介護4	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
要介護5	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

・その他の介護給付サービス

加 算	加 算 条 件	介護給付 100%	うち自己負担額		
			1割	2割	3割
サービス提供体制Ⅰ	介護職員総数の内勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上	220円	22円	44円	66円
入浴加算Ⅰ	入浴中の見守り支援を含む介助	400円	40円	80円	120円
認知症	認知症の研修を受けた職員の配置及び認知症進行緩和に資するプログラムの作成と実施	600円	60円	120円	180円
送迎を行わない場合の減算	当事業所が自宅と事業所間の送迎を行わない場合	-470円	-47円	-94円	-141円
時間延長サービス体制	9時間以上10時間未満	500円	50円	100円	150円
	10時間以上11時間未満	1,000円	100円	200円	300円
	11時間以上12時間未満	1,500円	150円	300円	450円

	12時間以上13時間未満	2,000円	200円	400円	600円
	13時間以上14時間未満	2,500円	250円	500円	750円
個別機能訓練Ⅰイ	機能訓練指導員の配置1人	560円	56円	112円	168円
個別機能訓練Ⅰロ	機能訓練指導員の配置2人	760円	76円	152円	228円
個別機能訓練 加算(Ⅱ)	個別機能訓練加算(Ⅰ)に加えて、 個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合に加算されます。	1ヶ月 (毎月) 200円	20円	40円	60円
科学的介護 推進体制加算	ADL値・栄養状態・口腔状態・認知症の状況・その他の心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に加算されます。	1ヶ月 (毎月) 400円	40円	80円	120円

○共通

介護職員等処遇改善加算	(基本サービス費＋各種加算減算) × 9.2%
〃 (2割・3割負担の方)	介護給付サービス料金が2割・3割負担として計算されます。

食事に係る自己負担額	640円 (利用回数に応じて計算されます。)
------------	------------------------

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日鹿角市の窓口に出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

(2) 支払方法

お支払方法は、口座自動振替・銀行振込からご契約の際に選べます

口座自動振替	毎月10日までに前月分の口座振替明細書(請求明細書)を送付し、 24日に振替となります。 取扱金融機関は、秋田銀行・郵便局・農協です。
銀行振込	毎月10日までに前月分の請求明細書を送付しますので、金融機関 へ7日以内にお振り込み下さい。 取扱金融機関は、秋田銀行・農協・郵便局です。

※口座自動振替は、納付忘れや毎月の支払の手間がかからないためおすすめ致します。

5. 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。
通所介護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。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 健康上の理由による中止

- ①風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、別にお届けいただく緊急連絡先に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。

ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

(3) サービスの終了

- ① お客様のご都合でサービスを終了する場合

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下さい。

- ② 当センターの都合でサービスを終了する場合

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。

- ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・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)と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・お客様がお亡くなりになった場合

- ④ その他

・当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、お客様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、または当センターが破産した場合、お客様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。

・お客様が、サービス利用料金の支払を3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7日以内に支払わない場合、お客様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、お客様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であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継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。

6. 当デイサービスセンターの特徴等

(1) 運営の方針

- ・お客様が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、お客様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにお客様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

- ・当センターにおいて提供する通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示等の趣旨及び内容に沿ったものとします。

- ・お客様の人格を尊重し、常にお客様の立場に立つサービスの提供に努めるとともに、お客様及びそのご家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、お客様が必要とするサービスを適切な介護技術をもってサービスを提供します。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

- ・お客様は、居室及び共用施設等をその本来の用途に従って利用するものとします。

- ・お客様が、サービスをお休みされる際は、利用日前日の午後３時までに当センターに連絡することにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。午後３時以降の連絡については、キャンセル料が発生する場合がございます。

- ・お客様が施設及び設備について、故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復するか、又は相当の代価を支払うものとします。

- ・お客様の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、お客様と当センターとの協議により、居室又は共用施設、設備の利用方法等を決定するものとします。

- ・お客様は、契約締結時に自己の心身の状況及び病歴等の重要事項について、当センターに告知するものとします。

- ・お客様は、施設内で下記に該当する行為をすることはできません。

- 決められた場所以外での喫煙

- サービス従事者又は他のお客様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うこと

- その他決められた物以外の持ち込み

7. 秘密保持に関する対策

当施設及び職員は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密をもらしません。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守します。

8. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、別にお届けいただく緊急連絡先に連絡するほか、医師に連絡する等必要な処置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべ

き事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

1 0. サービス内容に関する苦情

①当センターご利用者相談・苦情担当

担当 生活相談員 山本 美幸 電話 0186-30-4010

②第三者委員

(1)山口 京子 [連絡先 十和田毛馬内字柏野2-5 電話 0186-35-4128]

(2)柴田 孝子 [連絡先 十和田大湯字中田20-3 電話 0186-37-3395]

(3)川又 進 [連絡先 花輪字乳牛平24-2 電話 0186-23-5192]

③円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・苦情があった場合、担当の生活相談員がお客様（家族）に直ちに連絡をとり、事実を確認します。必要があれば、お客様宅を訪問致します。
- ・苦情内容に応じ対応いたします。内容がサービス提供に関するものである場合は事業所で事情を確認します。
- ・苦情を受け付けた翌日までに対応の具体的方針を定め、担当からお客様（家族）に説明いたします。
- ・苦情の記録は台帳に保管し、再発防止に役立てます。

④その他

当センター以外に、県・市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

鹿角市福祉保健センター あんしん長寿課 電話：0186-30-0237

小坂町 町民課 町民福祉班 電話：0186-29-3925

大館市 福祉部 長寿課 高齢者福祉係 電話：0186-43-7056

秋田県国民健康保険団体連合会 電話：018-864-2726

1 1. 虐待防止について

当事業所では、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者 管理者 高野 牧子

(2)成年後見人制度の利用を支援します。

(3)虐待等に関する苦情解決体制を整備します。

(4)従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

1 2. 第三者評価の実施状況

- ・未実施

1 3. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人愛生会
代表者役職・氏名	理事長 村 木 宏 成
本部所在地・電話番号	鹿角市十和田大湯字湯の岱一丁目 1 番地 0186-37-3500

定款の目的に定めた事業 (1) 第一種社会福祉事業

1. 特別養護老人ホームの経営

(2) 第二種社会福祉事業

2. 老人デイサービス事業の経営

3. 老人短期入所事業の経営

4. 老人福祉センターの受託経営

5. 障害福祉サービス事業の経営

6. 特定相談支援事業の経営

7. 障害児相談支援事業の経営

8. 放課後児童健全育成事業の経営

9. 障害児通所支援事業の経営

公益を目的とする事業

10. 居宅介護支援事業所の経営

11. 地域包括支援センターの受託経営

1 4. その他

年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

ケアホームおおゆデイサービスセンター

説明者 職名 生活相談員
氏名

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供を受けることに同意し、受領しました。

利用者 住所
氏名

<代理人> 住所
氏名