

# (介護予防) 通所介護

## おうよう園デイサービスセンター 重要事項説明書

### 1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 0172 - 38 - 0400

担当 生活相談員

\* ご不明な点はお気軽にご相談ください。

### 2. (介護予防) 通所介護おうよう園デイサービスセンターの指定番号およびサービス提供地域

事業所名	おうよう園デイサービスセンター
所在地	青森県弘前市大字城南五丁目13番地15
介護保険指定番号	0270200546
サービスを提供する地域*	弘前市(地域外は別に交通費がかかります)

### 3. サービス内容

#### (事業の目的)

第1条 社会福祉法人わかば会が開設する おうよう園デイサービスセンター(以下「事業所」という)が行う指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービス(以下「指定通所介護(予防)」という)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者やスタッフが、要支援・要介護状態にあるお客様に対し、自立支援に向けて適正なサービスを提供することを目的とする。

#### (運営の方針)

第2条 指定通所介護(予防)サービス計画に基づき、可能な限り在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お世話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の機能の維持、並びにご家族様の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目指し、地域やご家庭との結びつきを重視する。

#### (事業所の名称及び所在地)

第3条 この事業所の名称及び所在地は次のとおりとする。

(1) 名称 おうよう園デイサービスセンター

(2) 所在地 弘前市大字城南五丁目13番地15

(職員の職種、員数及び職務内容)

第4条 この事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- (1) 管理者（施設長） 常勤1名  
管理者は、事業所の職員の指導監督及び業務実施状況の把握・管理を一元的に行うとともに、運営基準及び運営規程を遵守する為の必要な指揮命令を行う。
- (2) 生活相談員 常勤1名以上  
生活相談員は、利用開始前において事前面談を行い、サービス利用にあたっての手続きを行う。また、お客様が適切な日常生活を営むことができるよう、お客様又は御家族に対し、常にお客様の心身の状況を的確に把握しつつ、お客様の処遇に関する業務及び相談援助業務を行う。
- (3) 看護職員（看護師、准看護師） 1名以上  
看護職員は、お客様の健康状態を常に把握し、健康の保持及び状態悪化予防に資するため、お客様の主治医の指示に従い、お客様の診療の補助、保健衛生管理及び看護業務を行う。
- (4) 介護職員 利用者15名以内で1名、15名以上の場合5名毎に1名  
介護職員は、お客様の施設サービス計画に基づき、日常生活全般にわたる介護業務及び相談援助を行う。
- (5) 機能訓練指導員 1名以上  
機能訓練指導員は、お客様の日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練の実施に際し機能訓練計画書を作成し、計画に沿った指導を行い、医師及び看護職員、居宅サービス計画作成担当者との連携を保つ。

(営業日及び営業時間)

第5条 事業所の営業日及び営業時間は次のとおりとする。

- (1) 営業日／年中無休
  - (2) 営業時間／午前8時から午後5時30分まで
  - (3) サービス提供時間／午前9時00分から午後3時30分まで  
早朝サービス／午前7時から午前8時59分まで（保険外）  
延長サービス／午後3時31分～午後5時30分まで（保険外）
- ※上記営業時間外にサービスの必要のある場合は、勤務体制を整える事が出来る時に限りサービスを提供します。

(指定通所介護（予防）の利用定員)

第6条 事業所の利用定員は34名とする。（災害等やむを得ない場合を除き）

(指定通所介護（予防）の内容及び利用料その他の費用提供方法及び内容)

第7条 指定通所介護（予防）を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定通所介護（予防）が法定代理受領サービスであるときは利用料の1割の額とする。

## 2 指定通所介護（予防）の内容

- (i) 生活相談
- (ii) 機能訓練
- (iii) 介護サービス

- (iv) 介護方法の指導
- (v) 健康状態の確認
- (vi) 送迎
- (vii) 食事サービス
- (viii) 入浴サービス

3 次に掲げる費用を徴収する。

(i) 次条の通常事業実施地域以外に要した交通費は、その実費を次のとおり徴収する。

- (1) 通常の実施地域を越えた地点から片道1キロメートルまで100円追徴。
- (2) 通常の実施地域を越えた地点から片道1キロメートル以上1キロメートル増すごとに100円を追徴。

(ii) 前項のほか次に掲げる費用を利用した場合、実費徴収とする。

※介護保険外サービス

早朝・延長料金 (1時間)	¥500-
早朝・延長料金 (2時間)	¥1,000-
食事代 (昼)	¥610-
理・美容代 (顔そり付き)	¥2,500-

(iii) 前各項に掲げるもののほか、通所介護（予防）の提供において行事参加費・作品作成費等、お客様が負担することが適当と認められる費用。

<日用品消耗品価格一覧>

	品名	本体価格	1枚あたり
介護物品	メディパフラット	¥1,697	¥57
	メディパット L	¥966	¥33
	メディパンツ L	¥3,430	¥191
	メディパンツ M	¥3,429	¥172
	ライフリー横モレ安心テープ止タイプ L	¥3,861	¥227
	ライフリー横モレ安心テープ止タイプ M	¥3,861	¥193
医療物品	吸引カテーテル	¥59	
	(経管栄養) イルリガードル	¥427	
	(経管栄養) 注入器 20ml	¥112	
	経鼻栄養カテーテル	¥174	
日用物品	カミソリ (10本入)	¥290	
	歯ブラシ	¥143	
	歯磨き粉	¥245	
	義歯洗浄剤	¥766	

(iv) 各費用の支払いを受けるに当たってはあらかじめお客様又はそのご家族様に対してサービスの内容・金額について説明し、お客様の同意を得るものとする

(v) 利用料は次の介護報酬上の告示額とする

通常規模型通所介護利用料金（1割負担）

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	370	423	479	533	588
	個別機能訓練加算（I） 1	56	56	56	56	56
	入浴加算 I	40	40	40	40	40
	サービス提供体制加算 I	22	22	22	22	22
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		1,098	1,151	1,207	1,261	1,316

※所要時間 4 時間以上 5 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	388	444	502	560	617
	個別機能訓練加算（I） イ	56	56	56	56	56
	入浴加算 I	40	40	40	40	40
	サービス提供体制加算 I	22	22	22	22	22
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		1,116	1,172	1,230	1,288	1,345

※所要時間 5 時間以上 6 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	570	673	777	880	984
	個別機能訓練加算（I） 1	56	56	56	56	56
	入浴加算 I	40	40	40	40	40
	サービス提供体制加算 I	22	22	22	22	22
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		1,298	1,401	1,505	1,608	1,712

※所要時間 6 時間以上 7 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	584	689	796	901	1,008
	個別機能訓練加算（I） 1	56	56	56	56	56
	入浴加算 I	40	40	40	40	40
	サービス提供体制加算 I	22	22	22	22	22
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		1,312	1,417	1,524	1,629	1,736

※所要時間 7 時間以上 8 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	658	777	900	1,023	1,148
	個別機能訓練加算（I） イ	56	56	56	56	56
	入浴加算 I	40	40	40	40	40
	サービス提供体制加算 I	22	22	22	22	22
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		1,386	1,505	1,628	1,751	1,876

科学的介護推進体制加算 月/40 単位

介護職員等処遇改善加算（I） （基本サービス費＋各種加算・減算）×利用日数×9.2%で算出されます。

通常規模型通所介護利用料金（2割負担）

※所要時間 3 時間以上 4 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	740	846	958	1,066	1,176
	個別機能訓練加算（I） 1	112	112	112	112	112
	入浴加算 I	80	80	80	80	80
	サービス提供体制加算 I	44	44	44	44	44
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		1,586	1,692	1,804	1,912	2,022

※所要時間 4 時間以上 5 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	776	888	1,004	1,120	1,234
	個別機能訓練加算（I） 1	112	112	112	112	112
	入浴加算 I	80	80	80	80	80
	サービス提供体制加算 I	44	44	44	44	44
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		1,622	1,734	1,850	1,966	2,080

※所要時間 5 時間以上 6 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	1,140	1,346	1,554	1,760	1,968
	個別機能訓練加算（I） 1	112	112	112	112	112
	入浴加算 I	80	80	80	80	80
	サービス提供体制加算 I	44	44	44	44	44
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		1,986	2,192	2,400	2,606	2,814

※所要時間 6 時間以上 7 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	1,168	1,378	1,592	1,802	2,016
	個別機能訓練加算（I） 1	112	112	112	112	112
	入浴加算 I	80	80	80	80	80
	サービス提供体制加算 I	44	44	44	44	44
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		2,014	2,224	2,438	2,648	2,862

※所要時間 7 時間以上 8 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	1,316	1,554	1,800	2,046	2,296
	個別機能訓練加算（I） 1	112	112	112	112	112
	入浴加算 I	80	80	80	80	80
	サービス提供体制加算 I	44	44	44	44	44
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
① +②合計（1日）		2,162	2,400	2,646	2,892	3,142

科学的介護推進体制加算 月/80 単位

介護職員等処遇改善加算（I）（基本サービス費＋各種加算・減算）×利用日数×9.2%で算出されます。

通常規模型通所介護利用料金（3割負担）

※所要時間 3 時間以上 4 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	1,110	1,269	1,437	1,599	1,764
	個別機能訓練加算（I）1	168	168	168	168	168
	入浴加算 I	120	120	120	120	120
	サービス提供体制加算 I	66	66	66	66	66
②自己負担	食材費	610	610	610	610	610
③ +②合計（1日）		2,074	2,233	2,401	2,563	2,728

※所要時間 4 時間以上 5 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	1,164	1,332	1,506	1,680	1,851
	個別機能訓練加算（I）1	168	168	168	168	168
	入浴加算 I	120	120	120	120	120
	サービス提供体制加算 I	66	66	66	66	66
④自己負担	食材費	610	610	610	610	610
③ +②合計（1日）		2,128	2,296	2,470	2,644	2,815

※所要時間 5 時間以上 6 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	1,710	2,019	2,331	2,640	2,952
	個別機能訓練加算（I）1	168	168	168	168	168
	入浴加算 I	120	120	120	120	120
	サービス提供体制加算 I	66	66	66	66	66
④自己負担	食材費	610	610	610	610	610
③ +②合計（1日）		2,674	2,983	3,295	3,604	3,916

※所要時間 6 時間以上 7 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	1,752	2,067	2,388	2,703	3,024
	個別機能訓練加算（I）1	168	168	168	168	168
	入浴加算 I	120	120	120	120	120
	サービス提供体制加算 I	66	66	66	66	66
④自己負担	食材費	610	610	610	610	610
③ +②合計（1日）		2,716	3,031	3,352	3,667	3,988

※所要時間 7 時間以上 8 時間未満

利用料		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
①保険適用	基本サービス費	1,974	2,331	2,700	3,069	3,444
	個別機能訓練加算（I）1	168	168	168	168	168
	入浴加算 I	120	120	120	120	120
	サービス提供体制加算 I	66	66	66	66	66
④自己負担	食材費	610	610	610	610	610
② +②合計（1日）		2,938	3,295	3,664	4,033	4,408

科学的介護推進体制加算 月/120 単位

介護職員等処遇改善加算（I）（基本サービス費＋各種加算・減算）×利用日数×9.2%で算出されます。

(通常の事業の実施地域)

第 8 条 通常の事業実施地域は弘前市とする。

(サービス利用に当たっての留意事項)

第 9 条 サービス利用に当たっての留意事項は次のとおりとする。

- (1) お客様は管理者やスタッフの指導による機能訓練等を行い、共同利用の秩序を保ち相互の親睦に努める。
- (2) お客様は健康に留意するものとする。
- (3) お客様は施設の清潔、整頓、その他環境衛生の保持のために施設に協力する。
- (4) お客様は、けんか、口論、泥酔などで他のお客様等に迷惑を及ぼすことをしない。
- (5) お客様は、宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、または自己の利益のために他人の自由を侵すことをしない。
- (6) お客様は、指定した場所以外で火気を用いない。
- (7) お客様は必要以上の金品・貴重品等を持参しない。やむをえず持参した場合は、スタッフに声を掛けて下さい。事務室金庫にてサービス提供中保管いたします。お客様管理での紛失に関しては一切の責任を負いかねます。

(健康管理)

第 10 条 事業所は、お客様の心身の状況を踏まえ、必要に応じて日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練と健康管理を行う。

(緊急時の対応)

第 11 条 サービスの提供時間内にお客様の状態が急変した場合、速やかにご家族、担当介護支援専門員、主治医に連絡し、必要な措置を講ずるとともに管理者に報告する。

但し、受診に伴う費用は(有料タクシー、ヘルパーなど)個人負担とする。

(事故発生時の対応)

第 12 条 サービス提供時に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療関連への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族様、居宅介護支援事業者等に連絡をし、状況説明をする。

- 2 事故状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。
- 3 当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を検討するが、お客様自身(個人)が独自に起こした転倒・転落などの事故、外傷や職員の制止も聞かずに行動した結果発生した事故等に関しては損害賠償の対象外となります。

(非常災害対策)

第 13 条 施設は非常災害に備え必要な設備を設け、具体的計画を作成し、関係機関への通報体制並びに避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。(年 2 回)

(秘密保持等)

第 14 条 事業所の従業者は、正当な理由なく業務上知り得たお客様またはそのご家族様の秘密を漏らさない。

2 退職者等が、正当な理由なく業務上知り得たお客様またはそのご家族様の秘密を漏らさぬよう、必要な措置を講じる。

3 居宅介護支援事業者等に対して、お客様に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書によりお客様の同意を得る。

(苦情処理)

第 15 条 お客様からの苦情に迅速かつ適切に対応する為、苦情受付窓口を設置するなど必要な措置を講じる。

〈サービス内容に関する苦情処理体制〉

(1) 当事業者のお客様相談・苦情窓口

担当者 生活相談員

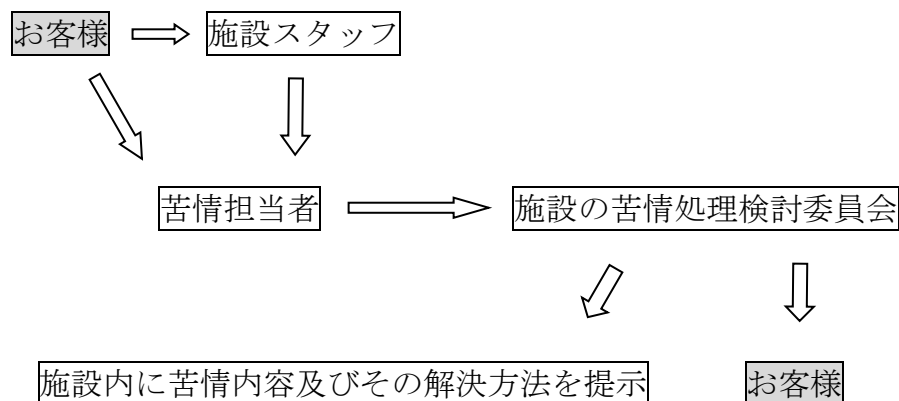
電 話 0172-38-0400 F A X 0172-36-2686

受付日 年中無休

受付時間 午前 8 時 00 分～午後 17 時 30 分

(2) 苦情処理体制

苦情処理フロー



(3) その他

1. 当事業所以外に市町村及び青森国民健康保険団体の相談・苦情窓口にて苦情を伝えることができます。

ア. 各市役所、町村役場 弘前市 0172-35-1111 (内線 421)

イ. 青森県国民健康保険団体連合会 (苦情処理委員会) 017-723-1336

2. 提供するサービスに関して、市町村からの文書提出・掲示の求め、または市町村職員からの質問・照会に応じ、お客様からの苦情に関する調査に協力する。市町村から指導または助言を得た場合はそれに従い、必要な改善を行う。

3. サービスに関するお客様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共に、国民健康保険団体連合会から指導または助言を得た場合はそれに従い必要な改善を行う。

(勤務体制の確保等)

第 16 条 お客様に対して適切なサービスを提供できるよう、スタッフの勤務体制を定める。

2 スタッフの資質向上のため、次のとおり研修の機会を設ける。

①採用時研修 採用後 1 ヶ月以内

②継続研修 年 1 回

(衛生管理等)

第 17 条 1. 設備等の衛生管理に努め、衛生上必要な措置を講ずる。

2. 感染症の発生、蔓延を防ぐ為に必要な措置を講ずる。

3. 食中毒防止の為、飲食物の持ち込み・持ち帰りの際は必ずスタッフを通して確認を得る。(誤嚥防止・食事制限されているお客様がいる為)

第 18 条

この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は社会福祉法人わかば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。

附則 この規程は平成12年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成15年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成17年10月 1日より施行する。  
この規程は平成18年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成19年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成20年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成21年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成22年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成23年 2月 1日より施行する。  
この規程は平成23年 3月 1日より施行する。  
この規程は平成23年 7月 1日より施行する。  
この規程は平成23年12月 1日より施行する。  
この規程は平成24年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成26年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成27年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成27年 8月 1日より施行する。  
この規程は平成27年11月21日より施行する。  
この規程は平成28年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成28年 6月 1日より施行する。  
この規程は平成30年 1月 1日より施行する。  
この規程は平成30年 4月 1日より施行する。  
この規程は平成31年 4月 1日より施行する。  
この規程は令和 元年 5月 1日より施行する。  
この規程は令和 元年10月 1日より施行する。  
この規程は令和 3年 4月 1日より施行する。  
この規程は令和 4年 4月 1日より施行する。  
この規程は令和 4年10月 1日より施行する。  
この規程は令和 5年 4月 1日より施行する。  
この規程は令和 6年 4月 1日より施行する。  
この規程は令和 6年 5月 1日より施行する。  
この規程は令和 6年 6月 1日より施行する。  
この規程は令和 6年 12月 1日より施行する。  
この規程は令和 8年 4月 1日より施行する。

以上、記述の重要事項説明書内容が変更された場合は、随時、お客様・ご家族へ連絡を致します。通知後、変更内容についての意義の申し立てがない場合は、承諾を得たとみなし自動更新をさせていただきます。また後日再契約を致します。

令和 年 月 日

(介護予防) 通所介護おうよう園デイサービスセンターの利用の開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人わかば会  
住所 青森県弘前市大字城南五丁目13番地15  
理事長 三上 貴生 印

事業所 おうよう園デイサービスセンター

説明者職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基ついで事業者から重要事項の説明を受け、(介護予防) 通所介護おうよう園デイサービスセンターのサービス提供開始に同意いたしました。

契約者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印