

# 介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業 重要事項説明書

お客様に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者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	社会福祉法人わかば会
主たる事務所の所在地	〒036-3282 青森県弘前市大字城南5丁目13番地15
代表者（職名・氏名）	理事長 三上貴生
設立年月日	昭和63年 4月 1日
電話番号	0172-38-2074

## 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	おうよう園デイサービスセンター	
サービスの種類	日常生活支援総合事業（通所型サービスA） 介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒036-8232 青森県弘前市大字城南5丁目13番地15	
電話番号	0172-38-0400	
指定年月日・事業所番号	平成9年 1月 1日	0270200546
実施単位・利用定員	1単位	定員 34人
通常の事業の実施地域	弘前市	

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業対象者や要支援状態等であるお客様が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、お客様の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、お客様の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

通所型サービス（通所型サービスA・介護予防）は、社会福祉法人わかば会が設置する、おうよう園デイサービスセンターに通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他お客様に必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、お客様の心身機能の維持を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	年中無休（但し、災害等により困難な場合もあり）
営業時間	午前 8時00分から午後 5時30分
サービス提供時間	午前 9時00分から午後 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1名
生活相談員	常勤1名以上
看護職員	1名以上
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
機能訓練指導員	1名以上

#### 7. サービス提供の担当者

お客様へのサービス提供の担当職員（生活相談員）及び管理責任者（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 清藤 麻衣子
管理責任者の氏名	管理者 三上 貴生

#### 8. 利用料

お客様がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お客様からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額、3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第一号通所事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分】

利用者の 要介護度	基本利用料（1割）	
	通所介護相当サービス	生きがい型デイサービス （通所サービスA）
事業対象者		305 単位／回（月 4 回まで） 1,318 単位／月（月 5 回以上）
事業対象者 要支援 1	1,798 単位／月 （回数に関係なく）	305 単位／回（月 4 回まで） 1,318 単位／月（月 5 回以上）
事業対象者 要支援 2	1,811 単位／月（週 1 回程度） 3,621 単位／月（週 2 回程度）	305 単位／回（月 8 回まで） 2,702 単位／月（月 9 回以上）

利用者の 要介護度	基本利用料（2割）	
	通所介護相当サービス	生きがい型デイサービス （通所サービスA）
事業対象者		610 単位／回（月 4 回まで） 2,636 単位／月（月 5 回以上）
事業対象者 要支援 1	3,596 単位／月 （回数に関係なく）	610 単位／回（月 4 回まで） 2,636 単位／月（月 5 回以上）
事業対象者 要支援 2	3,622 単位／月（週 1 回程度） 7,242 単位／月（週 2 回程度）	610 単位／回（月 8 回まで） 5,404 単位／月（月 9 回以上）

利用者の 要介護度	基本利用料（3割）	
	通所介護相当サービス	生きがい型デイサービス （通所サービスA）
事業対象者		915 単位／回（月 4 回まで） 3,954 単位／月（月 5 回以上）
事業対象者 要支援 1	5,394 単位／月 （回数に関係なく）	915 単位／回（月 4 回まで） 3,954 単位／月（月 5 回以上）
事業対象者 要支援 2	5,433 単位／月（週 1 回程度） 10,863 単位／月（週 2 回程度）	915 単位／回（月 8 回まで） 8,106 単位／月（月 9 回以上）

前記の基本利用料は、弘前市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定されます。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。

【加算】

加算の種類	加算額（1割負担）		
	相当サービス （要支援1）	相当サービス （要支援2）	事業対象者
サービス提供体制強化加算Ⅰ※	88	176	なし
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ※	下記参照	下記参照	下記参照
科学的介護推進体制加算	40/月	40/月	なし

加算の種類	加算額（2割負担）		
	相当サービス （要支援1）	相当サービス （要支援2）	事業対象者
サービス提供体制強化加算Ⅰ※	176	352	なし
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ※	下記参照	下記参照	下記参照
科学的介護推進体制加算	80/月	80/月	なし

加算の種類	加算額（3割負担）		
	相当サービス （要支援1）	相当サービス （要支援2）	事業対象者
サービス提供体制強化加算Ⅰ※		176	なし
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ※	下記参照	下記参照	下記参照
科学的介護推進体制加算	120/月	120/月	なし

※のついた加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます。

※ 介護職員処遇改善加算の算定方法について

（基本利用料＋加算・減算）×12％となります。

## (2) その他の費用

延長料金	お客様の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間について1,000円の延長料金をいただきます。
食事	食事の提供を受けた場合、1回につき680円の食費をいただきます。
入浴	入浴サービスの提供を受けた場合、1回につき580円の入浴料をいただきます。 ※事業対象者のみ
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、別途使用分の実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、お客様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周り品など）について、費用の実費をいただきます。

## (3) 支払い方法

上記(1)の利用料（お客様負担分の金額）は、1ヵ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、お客様負担金の受領に関わる領収書については、お客様負担金の支払いを受けた後、14日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、現金でお支払いください。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中にお客様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。

緊急連絡先 (家族等)	氏名（お客様との続柄）	( )
	住所	
	電話番号	

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにお客様の家族、担当の地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 1 1. 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 0172-38-0400 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(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	青森県国民健康保険団体連合会	電話番号 017-723-1336
--------	----------------	-------------------

## 1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスを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) 複数のお客様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が利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等の担当者へご連絡ください。

附則	この規程は、平成31年 4月 1日から施行する。
	この規程は、令和 1年 5月 1日から施行する。
	この規程は、令和 1年10月 1日から施行する。
	この規程は、令和 3年 4月 1日から施行する。
	この規程は、令和 3年10月 1日から施行する。
	この規程は、令和 4年 4月 1日から施行する。
	この規程は、令和 4年10月 1日から施行する。
	この規程は、令和 5年 4月 1日から施行する。
	この規程は、令和 6年 4月 1日から施行する。
	この規程は、令和 6年 5月 1日から施行する。
	この規程は、令和 6年 6月 1日から施行する。
	この規程は、令和 6年12月 1日から施行する。
	この規程は、令和 8年 4月 1日から施行する。
	この規程は、令和 8年 6月 1日から施行する。

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・日常生活支援総合事業 おうよう園デイサービスセンターの利用の開始に際し、本書面に基づ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、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防・日常生活支援総合事業 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