

# 第1号通所事業（通所型サービス）重要事項説明書

《令和6年4月1日現在》

あなたが利用しようと考えている介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業 通所型サービス）について、契約を終結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

## 1 第1号通所事業 通所型サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 福島福祉施設協会
代表者氏名	会長 木村 六朗
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	福島市仁井田字龍神前2番地の1 事務局 電話 024-545-3221・ファックス番号 024-546-5158
法人設立年月日	昭和56年1月8日

## 2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	福島恵風園デイサービスセンター
介護保険指定 事業所番号	0770100808
事業所所在地	福島市仁井田字龍神前2番地の1
連絡先 相談担当者名	電話 024-545-4781・ファックス番号 024-545-5755 主任生活相談員 高野 祐子
事業所の通常の 事業の実施地域	福島市
利用定員	15名

### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要支援状態等の利用者の意思及び人格を尊重し利用者の立場に立った、適切な通所型サービスを提供することを目的とします。
-------	---

運 営 の 方 針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 要支援状態の利用者が、居宅において可能な限り、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身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。</li> <li>2 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。</li> <li>3 市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。</li> <li>4 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じる。</li> <li>5 介護保険法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努める。</li> <li>6 提供の終了に関しては、利用者又はその家族に対して、適切な指導を行うとともに、地域包括支援センター等への情報提供を行う。</li> </ol>
-----------	---

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	毎週月曜日～金曜日
定 休 日	土曜日、日曜日、祝祭日ならびに年末年始（12月29日～1月3日）
営 業 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

### (4) サービス提供時間

サービス提供日	毎週月曜日～金曜日 （祝祭日ならびに年末年始 12月29日～1月3日以外）
サービス提供時間	午前 9 時 15 分～午後 4 時 15 分 ただし、利用者のニーズにより、時間延長もできる。 （午前 8 時半～午前 9 時 15 分）（午後 4 時 15 分～午後 6 時）

## (5) 事業所の職員体制

所長・管理者	大竹美恵子
--------	-------

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。</li> <li>2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li> <li>3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所型サービス個別計画（以下「個別計画」という。）を作成します。</li> <li>4 利用者へ個別計画を交付します。</li> <li>5 通所型サービスの実施状況の把握及び個別計画の変更を行います。</li> </ol>	常勤 1名 ホームヘルパーステーションめぐみ管理者と兼務
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者が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、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。</li> <li>2 個別計画について利用者等への説明を行い、同意を得ます。</li> <li>3 それぞれの利用者について、個別計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。</li> </ol>	常勤 1名 常勤兼務 3名 内 1名 介護職員と兼務 内 2名 事務局と兼務
看護師・准看護師（看護職員）	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。</li> <li>2 利用者の静養のための必要な措置を行います。</li> <li>3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。</li> </ol>	常勤換算 1名以上 内、1名 機能訓練指導員と兼務
介護職員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 個別計画に基づき、必要な日常生活上の援助及び介護を行います。</li> </ol>	常勤 1名 常勤兼務 1名 相談員と兼務 非常勤 6名

機能訓練 指導員	1 個別計画に基づき、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、機能訓練を行います。	非常勤兼務 1名 看護職員と兼務
主事	1 介護給付費等の請求事務及び会計事務等を行います。	常勤兼務 1名 ホームヘルパーステーションめぐみ・めぐみの風居宅介護支援センターと兼務

\* 看護職員が不在の際は、法人内看護師と連携を行います。

### 3 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

第1号通所事業（通所型サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、送迎、入浴、排せつ、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援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

#### (2) 通所型サービスの禁止行為

通所型サービスはサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ その他利用者又は家族等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

#### (3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

サービス 内容	算定項目	基本利用料	1割	2割	3割
通所型独自 サービス1	事業対象者 要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
通所型独自 サービス2	事業対象者 要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

(4) 加算料金

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。

加算等の種類	加算			
	基本利用料	1割	2割	3割
☆口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,500円	150円	300円	450円
☆一体型サービス提供加算	4,800円	480円	960円	1,440円
サービス提供体制強化加算 （Ⅲ）事業対象者・要支援1	240円	24円	48円	72円
サービス提供体制強化加算 （Ⅲ）事業対象者・要支援2	480円	48円	96円	144円
介護職員処遇改善加算 （Ⅲ）	（基本利用料＋各種 加算減算）の2.3%	左記額の 1割	左記額の 2割	左記額の 3割
介護特定処遇改善加算 （Ⅱ）	（基本利用料＋各種 加算減算）の1.0%	左記額の 1割	左記額の 2割	左記額の 3割
介護職員等ベースアップ等 支援加算	（基本利用料＋各種 加算減算）の1.1%	左記額の 1割	左記額の 2割	左記額の 3割

\* 運動器機能向上加算は基本報酬に包括化

(5) 減算料金

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減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）		減算額			
			基本 利用料	利用者負担		
				1割	2割	3割
同一建物減算	当該減算の 要件に該当 した場合 （1月につき）	事業対象者 ・要支援1	- 3,720円	- 372円	- 744円	-1,116円
		事業対象者 ・要支援2	- 7,520円	- 752円	- 1,504円	-2,256円
送迎減算	当該減算の 要件に該当 した場合 （片道につき）	事業対象者 要支援者	-470円	-47円	-94円	-141円
定員超過・ 人員基準欠如	当該減算の要件に該当した 場合（1月につき）		上記基本部分の30%減算 ※上記基本部分の70%を算定			

- ※ 「福島市社会福祉法人による利用者負担軽減事業」について  
 介護保険法の規定に基づいてサービスを提供しています当センターも、低所得で特に生計が困難な利用者に対して、利用料の減免制度を実施いたしております。  
 詳しくは、福島市介護保険課（525-6587）にお尋ねください。

(6) その他の費用について

①延長サービス料金	300円（延長1時間につき）
②食事の提供に要する費用	610円 (1食当り 食材料費及び調理コスト おやつ代含む)
③おむつ代	実費
④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、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、費用の実費を頂きます。

- ※ キャンセル規定 当センターではキャンセル料を徴収しておりませんので、ご利用日前日までにご連絡ください。  
 尚、当日体調不良でお休みする場合は、午前8:30までにご連絡をお願い致します。

4 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合） その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月10日までに利用者あてにお届けします。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア 請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み          (イ) 利用者指定口座からの自動振替          (ウ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡します。必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 5 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者に係る地域包括支援センター等が作成する「介護予防サービス・支援計画書」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「個別計画」を作成します。なお、作成した「個別計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (3) サービス提供は「個別計画」に基づいて行います。なお、「個別計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (4) 通所型サービス従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

## 6 サービスの終了について

### ①ご利用者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、文書でお申し出ください。

### 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、終了の1ヶ月前までに文書でご通知いたします。

### ③自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- 1) ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- 2) 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

### ④その他

\* 「当利用者及びその家族等が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等」の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

\* 利用者及びその家族等が、故意又は重大な過失により事業者または従業者もしくは他の契約者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行う事によって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

\* 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、または利用者の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。

## 7 サービス利用に当たっての留意事項

- ① サービスを利用する際は、必要に応じて医師の診断やサービス利用時の留意事項、利用当日の健康状態をお知らせ下さい。
- ② 感染症の疑いがある場合は、事前に事業所にお知らせ下さい。

## 8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	主任生活相談員・高野祐子
-------------	--------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<ol style="list-style-type: none"><li>① 事業者は、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。</li><li>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従</li></ol>
--------------------------	---



	<p>業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとしします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

## 10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する

連絡先にも連絡します。

【主治医】	医療機関名 氏 名 電 話 番 号
【家族等緊急連絡先】	氏 名 続柄 住 所 電 話 番 号 携 帯 電 話 勤 務 先

#### 11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する通所型サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する通所型サービスの提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】	所 在 地 福島市五老内町 3-1
福島市役所 介護保険課	電話番号 525-6587
介護給付係	FAX 番号 526-3678

#### 12 心身の状況の把握

通所型サービスの提供にあたっては、地域包括支援センター等が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします

#### 13 サービス提供の記録

- ① 通所型サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から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。

#### 14 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。(毎月実施)
- ④ ③の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

## 15 衛生管理等

- (1) 通所型サービスの使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 16 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、利用者に対する通所型サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、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。

## 17 地域との連携について

- ① 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
- ② 市が派遣する者が相談及び援助を行う事業に協力するように努めます。
- ③ 本事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者以外にも通所型サービスの提供に努めます。

## 18 認知症への対応向上に向けた取り組み

- ① 認知症についての理解のもと、利用者主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保証を実現できるよう、認知症対応力の向上を目的とした取り組みを行います。

- ② 認知症対応力の向上と利用者の介護サービスの選択に資する観点から、研修の受講状況等の認知症にかかる取り組みに状況について公表を行います。

19 職員研修

- ① 採用時研修  
② 職種別研修

20 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ア 提供した通所型サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】	所在地 福島市仁井田字龍神前 2-1 電話番号 024-545-4781 ファックス番号 024-545-5755 受付時間 8:15~17:15 責任者 所長・管理者 大竹美恵子 担当 主任生活相談員 高野祐子
【苦情解決第三者委員】	*大河内 恵 567-3526 *矢吹 稔 545-3262 *斎藤 幸子 545-3859
【市町村（保険者）の窓口】 福島市役所 健康福祉部 介護保険課	電話 525-6587
【公的団体の窓口】 福島県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情相談窓口	電話 528-0040

21 その他運営に関する重要事項

適切な通所型サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景として言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

22 サービスの第三者評価の実施状況について・・・無

23 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

通所型サービスの提供開始にあたり、上記の内容について利用者に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。

【事業者】

所在地 福島市仁井田字龍神前2番地の1  
名称 社会福祉法人 福島福祉施設協会  
福島恵風園デイサービスセンター  
代表者 所長・管理者 大竹 美恵子 (印)  
説明者 (印)

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

【ご利用者】

住所.....  
氏名.....(印)

【代理人】

住所.....  
氏名.....(印)

\* 本説明書の確認と同時に「契約書」にも署名・捺印しそれをもって契約開始となります。