社会福祉法人両沼厚生会　会津坂下デイサービスセンター

重要事項説明書（第１号通所事業）

（令和８年４月１日現在）

１．会津坂下デイサービスセンターの概要について

（１）事業所概要

法人・事業所名	社会福祉法人　両沼厚生会 会津坂下デイサービスセンター
所在地・電話番号	〒９６９－６５６４ 福島県河沼郡会津坂下町字中岩田９５番地 ０２４２－８３－１３９３
代表者役職・氏名	管理者　　高　橋　美　智　江
介護保険事業所番号	福島県　　第０７７２６０００９４号
１日あたりの利用定員	３５名（介護給付含む）
サービスを提供する地域	会津坂下町、湯川村
事業目的	利用者の皆様が、可能な限り在宅で自立した日常生活ができるよう必要な支援や機能訓練を行い、皆様の生活機能の維持・向上を支援致します。
運営方針	利用される方一人一人を尊重し、出来る限り要介護状態にならず自立した生活ができるよう、個別に介護予防通所介護計画を作成しサービスを提供致します。

（２）同事業所の職員体制

職　　種	職員数	兼　務　内　容
管　　理　　者	１名	介護員・生活相談員兼務
生 活 相 談 員	１名以上	介護員兼務
介　　護　　員	８名以上	生活相談員兼務、　事務員兼務 看護員・機能訓練指導員兼務
看　　護　　員	１名以上	介護員・機能訓練指導員兼務
機能訓練指導員	１名以上	介護員・看護員兼務
事　　務　　員	１名以上	介護員兼務

【職務内容】

①管理者

職員等の管理及び業務の管理を一元的に行います。

②生活相談員

デイサービスの利用に関すること、介護保険に関すること、その他苦情など利用者及びご家族からのいろいろな相談を承ります。また、他機関との連携を図り、より適切なサービスを提供するための調整を行います。

③介護職員

利用者の心身の状態の把握に努め、利用中の食事・入浴・トイレ・レクリエーション等いろいろな面で必要なお手伝いを致します。

④看護職員

健康チェックを行い利用者の健康状態を把握し、必要な処置を行います。

⑤機能訓練指導員

利用者の方が、日常生活を行うために必要なリハビリを行います。

⑥事務員

事務全般並びに介護保険請求等を行います。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

（３）営業日及び営業時間

営　　業　　日	月曜日から土曜日まで（祝祭日営業） 但し、１月１日から１月３日までを除く。
営　業　時　間	月曜日～土曜日　午前８時３０分～午後５時１５分
サービス提供時間	月曜日～土曜日　午前９時３０分～午後４時４５分

（４）サービス内容

①　ケアプランに基づき、介護予防通所介護計画を作成します。

②　介護予防通所介護計画に沿って、送迎、入浴介助、機能訓練、生活相談等、その他必要な介護等を行います。

③サービスの１日のながれ（基本）

<table>
<tr><td>8:30 ～
9:30</td><td colspan="3">迎　え（原則として自宅へのお迎えになります）
※都合により時間が変わる事もあります。</td></tr>
<tr><td>9:30 ～
10:00</td><td colspan="3">健康チェック（看護職員がご利用のみなさんの体温、
血圧を測定します）</td></tr>
<tr><td>10:00 ～
12:00</td><td colspan="3">入　浴
整　容（つめきり、耳かきなどお手伝い致します）
リハビリ</td></tr>
<tr><td>12:00 ～
13:00</td><td colspan="3">昼食（お粥、キザミ、ミキサーなどの希望に応じます）
※嫌いな食べ物には代替食を準備致します。
お気軽に申し出てください。</td></tr>
<tr><td>13：00 ～
14:00</td><td colspan="3">休　養
整　容（つめきり、耳かきなどお手伝い致します）
リハビリ</td></tr>
<tr><td>14:00 ～
15:15</td><td>レクリエーション（ゲーム、園芸活動等）</td><td colspan="2">【７時間以上８時間未満】
レクリエーション
（ゲーム、園芸活動等）</td></tr>
<tr><td>15:15 ～
15:45</td><td>水分補給
トイレ誘導</td><td>15:15
～
15:30</td><td>水分補給</td></tr>
<tr><td rowspan="3">15:45 以降</td><td rowspan="3">送　り（原則として自宅へのお送りとなります）</td><td>15:30
～
16:30</td><td>ゆとりの時間</td></tr>
<tr><td>16:30
～
16:45</td><td>トイレ誘導</td></tr>
<tr><td>16:45
以降</td><td>送り（原則として自宅までお送りいたします）</td></tr>
</table>

※あくまでも基本的なながれです。ケアプランにより変わることもあります。ご了承ください。

２．料金について

（１）利用料金（**太字**で書かれた部分が対象となります。）

介護報酬公示上の額の利用者負担割合の額となります。但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用料は、全額自己負担となります。

① 基本料金

要介護度	基本料金	保険適用時自己負担額
要支援１（１割）	１７，９８０ 円／月	**１，７９８ 円／月**
要支援２（１割）	３６，２１０ 円／月	**３，６２１ 円／月**

② 基本料金

要介護度	基本料金	保険適用時自己負担額
要支援１（2割）	１７，９８０ 円／月	**３，５９６ 円／月**
要支援２（2割）	３６，２１０ 円／月	**７，２４２ 円／月**

③ 基本料金

要介護度	基本料金	保険適用時自己負担額
要支援１（3割）	１７，９８０ 円／月	**５，３９４ 円／月**
要支援２（3割）	３６，２１０ 円／月	**１０，８６３ 円／月**

④ 加算料金

加　　算	基本料金	1ヶ月あたりの自己負担		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援１ サービス提供体制強化加算Ⅰ	880円	**88円**	**176円**	**264円**
要支援２ サービス提供体制強化加算Ⅰ	1760円	**176円**	**352円**	**528円**
介護職員処遇改善加算Ⅱ	**（基本報酬＋加算）×　9.0%** **※ 5月までの加算となります。**			
介護職員処遇改善加算Ⅱロ	**（基本報酬＋加算）×　11.8%** **※ 6月以降の加算となります。**			

⑤食費　　１食あたり　　**700 円（全額自己負担）**

⑥送迎　　基本料金に含まれております。
ご家族などが送迎した場合には、片道 47 円の減算になります。

⑦おむつ代（紙オムツ類はできる限りご持参下さい）

実費負担の場合	尿取りパット	３０円
	紙パンツ類	１００円
	紙オムツ類	１５０円

※但し、市販価格の変動によっては変更する場合もあります。ご了承下さい。

⑨その他　上記のほか、レクリエーション等にかかる費用を自己負担していただく場合があります。その場合は、事前に説明して同意をいただいた上で徴収致します。

（２）支払方法

①指定日に指定金融機関の口座から引き落としされる方法

サービス提供月の翌月１６日に指定された口座より引き落としさせていただきます。但し、金融機関が休日の場合は、翌営業日となります。口座引き落とし確認後に領収書を発行致します。尚、毎月１０日頃に前月分の請求を致します。

②サービス提供月の翌月に現金でいただく方法

お支払いの際に領収書を発行致します。

※介護保険料を滞納している方の利用料金について

一定期間（原則として１年以上）介護保険料が滞納している方については保険給付の対象となりません。一旦、サービス提供料金の全額（保険給付適用外の料金）にて利用していただくことになりますのでご注意ください。尚、市町村の窓口にて保険料を支払っていただき、当事業所から発行されるサービス提供証明書を提示することで、費用の８割、９割は払い戻しされます。

３．サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

契約締結後、提供票に記載された利用日より利用開始となります。

但し、ご家庭の都合によりサービス利用を至急希望される場合はこの限りではありません。

（２）サービスの終了

①利用者やご家族の希望によりサービスを終了する場合
②介護保険施設への入所
③利用者本人がお亡くなりになった場合
④利用者またはご家族が当事業所や職員に対し、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合
⑤その他利用契約書に定める事由に該当する場合

（３）サービスの一時中断

①介護保険施設への短期、中期入所、病院への長期入院など１ヶ月以上サービス利用の見込みがない場合
②利用されている方の要介護認定で、要介護か非該当（自立）と認定された場合
③上記以外の理由で、利用者やご家族の希望により当事業所が契約一時中断を認めた場合

※一旦、デイサービスを利用者やご家族の都合で中断し、再度サービスの利用を希望される場合、同じ曜日のデイサービスを利用できるとは限りません。
再度サービスを希望される場合は、当事業所若しくは地域包括支援センターまでご連絡ください。

４．緊急時の対応について

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、ご家族、主治医、地域包括支援センター等へご連絡し、適切な措置を行います。尚、早急に医師の診断が必要とされる場合は、当事業所の協力病院である**坂下厚生総合病院**を受診させていただきます。

５．事故発生時の対応について

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご家族、地域包括支援センター、市町村へ速やかに連絡致します。尚、当事業所の不注意により発生したことが明確である場合は、利用者及びご家族との協議により損害賠償にて対応致します。また、日常より事故の予防と原因の究明に努めます。

６．個人情報の保護について

当事業所が扱う個人情報の重要性を認識し、その適正な保護の為に個人情報保護に関する法令、その他関係法令等を遵守し、利用者の個人情報保護に努めます。

７．個人情報の開示同意について

サービスを利用するにあたり、より良いサービスを提供する上で、利用者の身体状況や生活状況などの情報を使用させて頂く場合があります。つきましては、利用契約書締結の際に、別途「個人情報開示同意書」をもって利用者またはご家族の同意を得るようにしております。ご協力をお願い致します。

８．介護保険被保険者証の確認について

デイサービスを利用される日には「介護保険被保険者証」を事業所職員に必ずご提示ください。

９．非常災害対策について

非常災害に対する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報体制を整備します。また、それらを定期的に通所介護従事者に周知するとともに、定期的に避難救出その他必要な訓練を行います。

１０.虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、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ています。虐待防止に関する責任者は管理者です。
②成年後見制度の利用を支援します。
③苦情解決体制を整備しています。
④従業者に対する虐待防止の啓発・普及するための研修を実施しています。
⑤サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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。

１１.ハラスメントの防止対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と、安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に取り組んでいます。

介護サービスの利用にあたり、次に掲げる行為にご留意ください。

①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える行為は組織として許容しません。
②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止を検討します。
③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方につて研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

１２.感染対策について

事業所において感染症の予防及び、まん延予防のため次の措置を講じます。

①感染症の予防及び、まん延予防のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について従事者に周知徹底しています。
②事業者における感染症の予防及びまん延防止の為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や訓練を定期的に実施しています。

１３.業務継続に向けた取り組みについて

①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し継続的にサービスが提供できる体制の構築、及び非常時の体制で早期に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、業務継続計画を周知させるとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
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。

１４.第三者評価の実施状況

実施の有無　　有　・　(無)

実施日	
評価機関	
評価結果の開示	

１5. サービス提供についての苦情・相談窓口について

苦情受付担当者（窓口）　生活相談員　：　赤　塚　彩　子
介護員兼生活相談員：　岸　　裕　美

苦情解決責任者　所　　長　：　髙　橋　美　智　江

受付時間　月曜日～土曜日　午前８時３０分～午後５時１５分
電話番号　０２４２－８３－１３９３
※社会福祉法人両沼厚生会苦情解決に関する実施要綱第４条に基づき、苦情解決に社会性や客観性を確保するために、下記の２名の方に第三者委員の委嘱をし、苦情を受け付けています。

柳津町民生児童委員協議会会長：藤　田　法　身
電話番号　０２４１－４２－２５６７

会津坂下町民生児童委員協議会会長：鈴　木　清　記
電話番号　０２４２－８２－３２３７

※上記以外に、会津坂下町の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。その他、ご担当のケアマネージャー（介護支援専門員）までご連絡ください。
会津坂下町役場　保険年金班　電話番号　０２４２－８４－１５１３

１５．その他注意点について

当事業所をご利用されるにあたり、以下の点についてご了承頂きたいと思いますので、よろしくお願い致します。

① 送迎の時間は、その日の利用状況や天候等により前後する場合があります。尚、利用者やご家族の希望により遅い時間のお送りとなる場合は、乗車している時間が長くなる場合や通常とは違う経路を通る場合がございます。ご了承下さい。

② 入浴後、着替えを希望される方は、衣類をご準備下さい。また、持ち物にはすべて記名してください。

③ タオル、石鹸や箸などは、必要ありません。紙オムツ類は、できる限りご持参下さい。

④ 髭剃りとして、電気剃刀をご持参下さい。

⑤ 必要のない貴重品、現金、お菓子や食べ物などは、できる限りお持ちいただかないようにお願い致します。

⑥ 利用のキャンセルは、当日の午前８時３０分までに連絡をお願い致します。

令和　　年　　月　　日

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

事業者　名　称　社会福祉法人両沼厚生会
会津坂下デイサービスセンター

所在地　福島県河沼郡会津坂下町字中岩田９５番地

管理者　高　橋　美　智　江　㊞

説明者　所　属　会津坂下デイサービスセンター

氏　名　㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防通所介護についての重要事項の説明を受け、その内容について同意しました。

利用者　住　所

氏　名　㊞

代理人　住　所

氏　名　㊞

家　族　住　所

氏　名　㊞