

# 通所介護及び通所型サービス重要事項説明書

令和 7年 4月 1日 現在

## 1. 事業所の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

|              |                                                                                                    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称           | デイサービスセンターちょうじゃの森                                                                                  |
| 所在地          | 青森県八戸市大字糠塚字下道7-32                                                                                  |
| 電話番号         | 0178(72)5525                                                                                       |
| FAX番号        | 0178(43)6587                                                                                       |
| 介護保険指定番号     | 0270300692                                                                                         |
| サービスを提供できる地域 | 八戸市にお住まいの方<br>(市川・桔梗野地区、白銀・鮫・南浜地区、館・豊崎地区<br>南郷地区を除く)<br>※上記地域にお住まいの方でも対応できる場合がございますのでご希望の方はご相談下さい。 |

### (2) 同センター職員体制

| 職名      | 資格                                        | 常勤 | 非常勤 | 兼務の別 | 合計  | 業務内容                                             |
|---------|-------------------------------------------|----|-----|------|-----|--------------------------------------------------|
| 管理者     | 介護福祉士                                     | 1名 |     | あり   | 1名  | 従業者及び業務管理並びに自らも介護業務を行うと共に、申込の調整並びに生活等に関する相談業務を行う |
| 生活相談員   | 社会福祉主事                                    | 1名 |     | なし   | 1名  | 申込の調整並びに生活等に関する相談業務を行う                           |
|         | 介護福祉士                                     | 2名 |     | あり   | 2名  |                                                  |
| 介護職員    | 介護福祉士                                     | 7名 | 5名  | なし   | 12名 | 介護の業務を行う                                         |
|         | 介護福祉士                                     | 2名 |     | あり   | 2名  |                                                  |
|         | 社会福祉主事                                    |    | 1名  | なし   | 1名  |                                                  |
|         | 初任者研修                                     | 2名 | 3名  | なし   | 5名  |                                                  |
| 看護職員    | 看護師                                       | 1名 | 2名  | あり   | 3名  | 看護の業務を行う                                         |
|         | ※ちょうじゃの森内科クリニックと連携し、利用者の健康状態の確認・緊急時の対応を行う |    |     |      |     |                                                  |
| 機能訓練指導員 | 柔道整復師                                     | 1名 |     | なし   | 1名  | 機能訓練の指導の業務を行う                                    |
|         | 看護師                                       | 1名 | 2名  | あり   | 3名  |                                                  |
| 栄養士     | 栄養士                                       | 1名 |     | なし   | 1名  | 献立表の作成及び調理                                       |
| 調理員     | 調理師                                       | 1名 |     | なし   | 1名  | 栄養士の指導の元、献立表に基づき調理にあたる。                          |
|         | 調理員                                       |    | 1名  | なし   | 1名  |                                                  |
| 運転手     | 大型I種                                      |    | 1名  | なし   | 1名  | 送迎車両の運転を行う                                       |
| 事務員     |                                           | 1名 |     | なし   | 1名  | 必要な事務を行う。                                        |

### (3) 同センターの設備の内容

|          |         |                |
|----------|---------|----------------|
| 定員       | 65名     |                |
| 食堂兼機能訓練室 | 343.10㎡ |                |
| 浴室       | 95.59㎡  | 一般浴槽と特殊浴槽と個人浴槽 |
| 厨房       | 27.60㎡  |                |
| 静養室      | 8.00㎡   |                |
| 理美容室     | 8.16㎡   |                |
| 相談室      | 1室      |                |
| 送迎車      | 9台      | リフト付きあり        |

### (4) 営業時間

|            |               |
|------------|---------------|
| 月 ~ 土 / 祝日 | 午前8:15~午後5:15 |
|------------|---------------|

\*ただし、日曜日と8月13日~15日・12月30日~1月3日は休業と致します。

## 2. 当事業所の通所介護及び通所型サービスの特徴等

### (1) 運営の方針

#### 1. 通所介護

- ①指定通所介護事業所の従業者は、要介護者が居宅において、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、機能訓練及び日常生活上の世話をを行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び身体機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。
- ②指定通所介護は、お客様の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止のため、その目標を設定し計画的に行います。
- ③指定通所介護の実施にあたっては、主治医並びに居宅介護支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

#### 2. 通所型サービス

- ①指定通所型サービスは、お客様の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- ②自らその提供する指定通所型サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
- ③指定通所型サービスの提供にあたっては、お客様の心身の状況を踏まえた通所型サービス計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行う。
- ④通所型サービス計画の作成後は、当該通所型サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、モニタリング結果を地域包括支援センターに報告するものとする。
- ⑤指定通所型サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ⑥指定通所型サービスの提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。

## (2) サービス利用に当たっての留意事項

- ①サービス利用契約中に、お客様、ご家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合はサービスを中止し、状況の改善や理解が得られない場合は、契約を解除する場合があります。(叩く、蹴る、暴言で威嚇する、怒鳴る、身体を押さえつける、性的な発言をする、叫ぶあるいは大声を出す等)
- ②機能訓練等の機器は、プログラムの基に使用するものとし、自らの判断の基でのご使用はなさらないようお願いいたします。

## 3. サービス内容

- ①居宅と事業所間の送迎 ②食事の提供 ③入浴介助 ④機能訓練 ⑤生活相談

## 4. サービス提供の記録

- ・当センターは、サービス提供記録を作成し、この契約の終了後2年間保管します。
- ・お客様は、事業者の営業時間内その事業所にて、当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます。
- ・また、当該利用者に関するサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

## 5. 料金

### (1) 利用料金

通所介護費及び通所型サービス費及び加算は、別表に定める利用料金表のとおりとなります。

### (2) その他、おむつ代、レクリエーション等にかかる費用等は自己負担となりますので、別表をご覧ください。

### (3) 食費

食費は1日600円となります。但し、弁当持参のため、食事の提供を希望しない旨を予め申し出ている場合はお支払いの必要はありません。

尚、持参のお弁当に起因する食中毒等の事故については、当法人では責任を負いかねますので、予めご了承下さい。

### (4) 料金の支払い方法

- ・お支払方法は、口座自動引落となっております。ただし、同引落ができない場合は現金集金もできますので、ご相談ください。月末々翌月25日口座振替となり、毎月20日頃までに前月分の請求をいたします。
- ・お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

### (5) 料金の変更

- ・当センターは、お客様に対して1ヶ月までに文書で通知することにより、利用料及び食費の単価の変更(増額または減額)を申し入れることがあります。
- ・お客様が料金の変更を承諾した場合、新たな料金に基づく【利用料金変更同意書】を作成しお互いに取り交わします。
- ・お客様が、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

## 6. 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下さい。当社職員がお伺いいたします。  
通所介護計画及び通所型サービス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。

\*居宅サービス計画若しくは通所型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又は地域包括支援センターとご相談下さい。

## (2) サービスの利用終了

- 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当社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。

- ・お客様が介護保健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
- ・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、または当社が破産した場合、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いを3ヶ月以上遅延し、催告にもかかわらず7日以内に支払わない場合、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事業所や当事業所の従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書等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。

## 7. サービスの中止

当センターは、お客様の体調不良等の理由により、通所介護及び通所型サービスの実施が困難と判断した場合、サービスを中止することがあります。

## 8. 本契約に定めない事項

お客様及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

この契約に定めない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

## 9. 裁判管轄

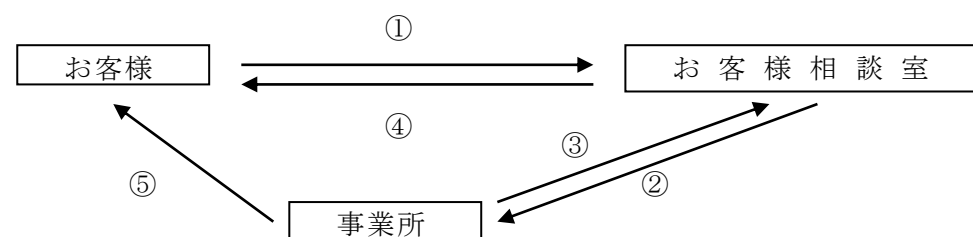
この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とします。

## 10. サービス内容に関する苦情

### (1) 当事業所のお客様苦情窓口

「お客様相談室」 担当者 柳沢 ・ 四戸  
電 話 0120-52-8341 Fax 0178-43-6587  
受 付 日 月～金(土・日・祝日、8月13日～15日、12月30日～1月3日を除く)  
受付時間 午前9時00分～午後5時00分

(2) 苦情フロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

ア 八戸市介護保険課 0178-43-9292

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

1.1. 事故発生時における対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族、居宅介護支援事業者、八戸市に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所のサービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は、三井住友海上火災保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

1.2. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

【 緊急連絡先 】

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

【 主治医 】

病院名または診療所名 \_\_\_\_\_

担当医氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

1.3. 虐待防止

事業所は、お客様の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

(1) 事業所はお客様が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

(2) 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お客様を発見した場合は、速やかに、これを八戸市に通報します。

(3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(4) 事業者は次の通り虐待防止責任者を定めます。役職：センター長 氏名：岩間 雅之

1.4. 身体拘束等の原則禁止

(1) 事業所は、指定通所介護及び通所型サービスの提供にあたっては、お客様又は他のお客様の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他お客様の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という。）を行いません。

(2) 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、お客様又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとします。

1.5. 感染症対策

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) 従業者等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

(2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

1.6. 業務継続に向けた取り組み

(1) 感染症や非常災害の発生時において、お客様に対する指定通所介護及び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。

1.7. 非常災害対策

・防災時の対応 — 防災マニュアルに従う

・防災設備 — 火災報知機・消火器

・防災訓練 — 年2回以上実施

・防火責任者 — 吉島 英義

1.8. 秘密保持

(1) 当該事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。

(3) (1) (2)に係らず、事業者では、利用者の医療上緊急の必要性がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、必要な範囲内で利用者および当該家族の個人情報を用いることができます。

(4) 当事業所は、お客様から当事業所が管理する利用者様ご自身の個人情報について、開示要請を受けた場合には、お客様の意思を尊重し、合理的な範囲で必要な開示を致します。

19. 個人情報の利用同意

個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用致します。

1. 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターと介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、お客様の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2. 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画又は通所型サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等その経過を記録する。

20. 当法人の概要

- (1) 名称 医療法人 康和会
- (2) 法人の所在地 八戸市大字糠塚字下道7-39
- (3) 電話番号 0178-43-6516
- (4) 代表者氏名 理事長 関野 千佳子
- (5) 定款の目的に定めた事業
  - ア. ちょうじゃの森内科クリニックの経営
  - イ. 長者訪問看護ステーションの経営
  - ウ. ちょうじゃの森在宅介護支援センターの経営
  - エ. 長者・白山台地区高齢者支援センターちょうじゃの森経営
  - オ. その他これに付随する業務

(6) 施設・拠点等

|                |     |
|----------------|-----|
| 診療所（居宅療養管理指導）  | 1ヶ所 |
| 訪問リハビリテーション事業所 | 1ヶ所 |
| 通所リハビリテーション事業所 | 1ヶ所 |
| 通所介護事業所        | 1ヶ所 |
| 訪問看護事業所        | 1ヶ所 |
| 訪問介護事業所        | 1ヶ所 |
| 居宅介護支援事業       | 1ヶ所 |
| 委託型地域包括支援センター  | 1ヶ所 |

令和 年 月 日

通所介護及び通所型サービスの提供開始にあたり、利用者に対して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 青森県八戸市大字糠塚字下道7-32  
 名称 医療法人 康和会 デイサービスセンターちょうじゃの森

説明者 氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面により、事業者から通所介護及び通所型サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

代筆理由:  記入困難  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

(別表)

1. 通所介護

| サービス提供時間       | 介護区分                    | 利用料金    | 利用者負担額 |        |        |
|----------------|-------------------------|---------|--------|--------|--------|
|                |                         |         | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
| 4時間以上<br>5時間未満 | 要介護1                    | 3,620円  | 362円   | 724円   | 1,086円 |
|                | 要介護2                    | 4,140円  | 414円   | 828円   | 1,242円 |
|                | 要介護3                    | 4,680円  | 468円   | 936円   | 1,404円 |
|                | 要介護4                    | 5,210円  | 521円   | 1,042円 | 1,563円 |
|                | 要介護5                    | 5,750円  | 575円   | 1,150円 | 1,725円 |
| 5時間以上<br>6時間未満 | 要介護1                    | 5,250円  | 525円   | 1,050円 | 1,575円 |
|                | 要介護2                    | 6,200円  | 620円   | 1,240円 | 1,860円 |
|                | 要介護3                    | 7,150円  | 715円   | 1,430円 | 2,145円 |
|                | 要介護4                    | 8,120円  | 812円   | 1,624円 | 2,436円 |
|                | 要介護5                    | 9,070円  | 907円   | 1,814円 | 2,721円 |
| 6時間以上<br>7時間未満 | 要介護1                    | 5,430円  | 543円   | 1,086円 | 1,629円 |
|                | 要介護2                    | 6,410円  | 641円   | 1,282円 | 1,923円 |
|                | 要介護3                    | 7,400円  | 740円   | 1,480円 | 2,220円 |
|                | 要介護4                    | 8,390円  | 839円   | 1,678円 | 2,517円 |
|                | 要介護5                    | 9,390円  | 939円   | 1,878円 | 2,817円 |
| 加算             | 「感染症災害3%加算」(1回につき)      | 所定金額の3% | 1割     | 2割     | 3割     |
|                | 個別機能訓練加算(I)イ(1日につき)     | 560円    | 56円    | 112円   | 168円   |
|                | 個別機能訓練加算(I)ロ(1日につき)     | 760円    | 76円    | 152円   | 228円   |
|                | 個別機能訓練加算(II)(1月につき)     | 200円    | 20円    | 40円    | 60円    |
|                | 入浴介助加算(I)(1日につき)        | 400円    | 40円    | 80円    | 120円   |
|                | ADL維持等加算(I)(1月につき)      | 300円    | 30円    | 60円    | 90円    |
|                | 送迎減算(送迎を行わない場合(片道))     | ▲470円   | ▲47円   | ▲94円   | ▲141円  |
|                | 科学的介護推進体制加算(1月につき)      | 400円    | 40円    | 80円    | 120円   |
|                | 口腔・栄養スクリーニング加算(I)(6月毎)  | 200円    | 20円    | 40円    | 60円    |
|                | 口腔・栄養スクリーニング加算(II)(6月毎) | 50円     | 5円     | 10円    | 15円    |
|                | 口腔機能向上加算(I)(月2回を限度)     | 1,500円  | 150円   | 300円   | 450円   |
|                | 口腔機能向上加算(II)(月2回を限度)    | 1,600円  | 160円   | 320円   | 480円   |
|                | サービス提供体制強化加算(I)(1回につき)  | 220円    | 22円    | 44円    | 66円    |
| 介護職員等処遇改善加算(I) | 所定合計金額の9.2%             | 1割      | 2割     | 3割     |        |

2. 通所型サービス

|                         | 利用料金            | 利用者負担額     |        |         |      |
|-------------------------|-----------------|------------|--------|---------|------|
|                         |                 | 1割負担       | 2割負担   | 3割負担    |      |
| 事業対象者・要支援1(週1回)         | 17,980円/1ヶ月     | 1,798円     | 3,596円 | 5,394円  |      |
| 要支援2(週1回)               | 17,980円/1ヶ月     | 1,798円     | 3,596円 | 5,394円  |      |
| 事業対象者・要支援2(週2回)         | 36,210円/1ヶ月     | 3,621円     | 7,242円 | 10,863円 |      |
| 送迎減算(送迎を行わない場合(片道))     | ▲470円/片道        | ▲47円       | ▲94円   | ▲141円   |      |
| 科学的介護推進体制加算             | 400円/1ヶ月        | 40円        | 80円    | 120円    |      |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(I)(6月毎)  | 200円/1回         | 20円        | 40円    | 60円     |      |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(II)(6月毎) | 50円/1回          | 5円         | 10円    | 15円     |      |
| 口腔機能向上加算(I)(月1回を限度)     | 1,500円/1回       | 150円       | 300円   | 450円    |      |
| 口腔機能向上加算(II)(月1回を限度)    | 1,600円/1回       | 160円       | 320円   | 480円    |      |
| サービス提供体制強化加算(I)         | 事業対象者・要支援1(週1回) | 880円/1ヶ月   | 88円    | 176円    | 264円 |
|                         | 要支援2(週1回)       | 880円/1ヶ月   | 88円    | 176円    | 264円 |
|                         | 事業対象者・要支援2(週2回) | 1,760円/1ヶ月 | 176円   | 352円    | 528円 |
| 介護職員等処遇改善加算(I)          | 所定合計金額の9.2%     | 1割         | 2割     | 3割      |      |

3. その他の費用

| 項目            | 利用者自己負担額        |
|---------------|-----------------|
| パット           | 30円/枚・845円/袋    |
| リハビリパンツM      | 115円/枚・2,925円/袋 |
| リハビリパンツL      | 125円/枚・2,925円/袋 |
| リハビリパンツLL     | 135円/枚・2,925円/袋 |
| テープ止め         | 140円/枚・2,475円/袋 |
| フラット          | 35円/枚・1,010円/袋  |
| 歯ブラシ          | 60円/本           |
| スポンジ          | 1,500円/箱        |
| コピー白黒(サイズ一律)  | 10円/枚           |
| カラーコピー(サイズ一律) | 30円/枚           |

※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について、費用の実費をいただきます。