

魁聖園デイサービスセンター

重要事項説明書

社会福祉法人 旭川やすらぎ会

§ 目 次 §

1. 事業所の概要
2. 事業所の職員体制等
3. 営業日・営業時間
4. サービスの内容
5. サービス利用料及び契約者負担
6. サービス利用料の支払
7. 健康上の理由による中止について
8. 契約の更新、終了、解約
9. 事故発生時の対応
10. 緊急時の対応
11. 秘密保持
12. 事務所のサービス方針等
13. 相談窓口、苦情対応
14. 事業所経営法人の概要

重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	魁聖園デイサービスセンター
所在地	秋田市新藤田字治郎沢52-6
提供サービス及び 介護保険事業者番号	サービス種類：地域密着型通所介護 総合事業通所型サービス 事業所番号 第0570104729号
管理者及び連絡先	田口 由貴子 連絡先：884-1071
サービス提供地域	旭川、泉、保戸野、千秋、手形、広面 上記以外の地域についてはご相談ください

2. 事業所の職員体制等

職種	従事するサービスの種類、業務	人員	備考
管理者	事業の管理、利用者の相談	1名	施設長と兼務
生活相談員	日常生活上の相談及び支援	1名	
介護職員 または 看護職員	日常生活上のお世話、健康保持の ための援助 健康管理、療養上のお世話等	1名 以上	機能訓練指導員兼務
機能訓練 指導員	機能訓練指導等	1名	看護職員兼務

3. 営業日・営業時間

区分	月曜日～金曜日（祝祭日も含む）	土曜・日曜
営業時間	午前9:45～午後4:15まで	休み

* 月～金にあたる祝祭日は休まず営業します。

* 12月29日から1月3日までの年末年始は、休業となります。

4. サービスの内容

サービス内容は、次のとおりとなります。

- (1) 生活指導（相談援助等）
- (2) 機能訓練（日常生活訓練等）
- (3) 介護サービス（移動や排泄の介助、見守り等のサービス）
- (4) 給食サービス
- (5) 入浴サービス
- (6) 介護方法の指導
- (7) 健康状態の確認
- (8) 送迎

5. サービス利用料及び契約者負担

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

介護保険から給付サービスを利用する場合は、原則として介護費用及び加算額の1割（負担割合証に応じて2・3割）です。食事代は実費（1日650円）となります。

○地域密着型通所介護 5時間以上7時間未満（1回あたりの利用料）

1. ご利用者の要介護度と サービス利用料金		要介護度				
		1	2	3	4	5
		6,780円	8,010円	9,250円	10,490円	11,720円
2. うち、介護保険から 給付される額		6,082円	7,209円	8,325円	9,441円	10,548円
3. サービス利用に係わる <u>自己負担</u>		678円	801円	925円	1,049円	1,172円
4. 加算	利用料	<u>自己負担</u>				
・入浴介助加算	400円	40円				
・サービス提供体制 加算 I	220円	22円				
・通所介護送迎減算	－940円	－94円（片道－47円） （ケアハウスご利用者様）				

○総合事業通所型サービス利用料（1ヶ月あたりの利用料：自己負担）

1. ご利用者の要支援区分と サービス利用料金		要支援区分	
		事業対象者・1	2
		17,980円	36,210円
2. うち、介護保険から 給付される額		16,182円	32,589円
3. サービス利用に係わる <u>自己負担</u>		1,798円	3,621円
4. 加算	利用料	<u>自己負担</u>	
・サービス提供体制強化	880円	88円（要支援1）	
加算 I 月額	1,760円	176円（要支援2）	

○介護職員等処遇改善加算 I イ 月の単位数合計に、11.7%を乗じた単位数

※ 令和8年6月からの介護報酬改定により、介護職員等処遇改善加算の料金変更しております。

※ 介護保険割合証で2割負担となっている方は利用者負担額および加算額が倍になります。

※ 介護保険割合証で3割負担となっている方は利用者負担額および加算額が3倍になります。

注) 利用料について介護報酬改定に伴う変更の時は、連絡文書にてお知らせ致します。

(2) その他の経費

・紙オムツ代等、日常生活上においても通常必要となるものに係る費用で、個人的にご負担いただくことが適当なもの。

*介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を越える場合を含む。）には全額契約者のご負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅介護サービス計画（ケアプラン）を作成する際に、介護支援専門員から説明のうえ、契約者の同意を得ることになります。）

6. サービス利用料の支払

支払いは、毎月末締めで請求を行い、翌月 20 日までに支払うものとします。尚、銀行振り込みを希望の場合は、センターの指定する口座に振り込むものとします。

7. 健康上の理由による中止について

(1) 風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りする場合があります。

(2) 当日の健康チェックの結果により、サービス内容の変更又は中止することがあります。この場合、ご家族等に連絡のうえ、適切に対応いたします。

(3) ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。この場合、ご家族等に連絡のうえ、適切に対応いたします。また、必要に応じて速やかに主治の医師等に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

8. 契約の更新、終了、解約

(1) 契約の期間及び更新

契約の期間は、契約を締結した日から要介護認定等有効期間満了日までとし、契約満了日の 7 日前までに契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されます。

(2) 契約者のご都合で契約を終了する場合

契約者は、1 週間以上の予告期間があれば解約できます。この場合、解約料は不要です。

(3) 事業者の都合で契約を終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、契約を終了させていただく場合があります。その場合終了 1 ヶ月前までに文書で通知するとともに、求めに応じ地域の他のサービス提供事業者をご紹介します。

(4) 自動終了

以下の場合には双方の申し出がなくても、自動的に契約が終了します。

- ・ 契約者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院した場合
- ・ 要介護認定区分が「自立」と認定された場合
- ・ 契約者がお亡くなりになった場合

(5) その他

- ・ 契約者や家族などが事業者や事業者の職員に対して本契約を継続し難いほどの不信行為を行った場合は、即座に契約を終了させていただく場合があります。
- ・ 事業者が契約者に対して著しい損害を与えた場合には、即座に契約を終了することができます。

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、契約者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、契約者に対する通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- (3) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

10. 緊急時の対応

事業者は、サービス提供中に契約者の心身の状態、またその他に急な変化が生じた場合、予め指定されている緊急連絡先へ連絡を行うとともに、状況に応じて速やかに主治医及び居宅介護支援事業所に連絡を行う等の必要な措置を講じます。

11. 秘密保持

- (1) 事業者は、業務上知り得た契約者及びその家族に関する情報等については、契約者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も第三者に漏らすことはありません。
- (2) 事業者は、契約者及びその家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において契約者及び当該家族の個人情報を取り扱うことはいたしません。

12. 事業所のサービス方針等

- (1) 事業の実施にあたっては、要介護者等の意思及び人格を尊重して、常に要介護者等の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- (2) 事業所の職員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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に配慮して行います。
- (3) 事業の実施にあたっては、要介護者等の心身の状況、その置かれている環境に応じて、要介護者等の選択に基づき、関係市町村、居宅介護支援事業所及び他の居宅サービス事業者、並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的かつ効果的なサービスの提供に努めます。

13. 相談窓口・苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

魁聖園 デイサービス センター	電 話 番 号 : 8 8 4 - 1 0 7 1 F A X 番 号 : 8 3 6 - 1 6 6 1 管 理 者 : 田 口 由 貴 子 対 応 時 間 等 : 午 前 8 時 3 0 分 ~ 午 後 5 時 3 0 分 * 緊 急 時 2 4 時 間
-----------------------	---

- ・ 夜間・休業日の緊急時の連絡は特別養護老人ホーム魁聖園へ自動転送され、担当者へ連絡されます。

○公的機関においても苦情の申し出等ができます。

秋田市 ・介護保険課	所 在 地 : 秋 田 市 山 王 一 丁 目 1 - 1 電 話 番 号 : 8 8 8 - 5 6 7 4 F A X 番 号 : 8 8 8 - 5 6 7 3 対 応 時 間 : 午 前 8 時 3 0 分 ~ 午 後 5 時 1 5 分
秋田市 ・長寿福祉課	所 在 地 : 秋 田 市 山 王 一 丁 目 1 - 1 電 話 番 号 : 8 8 8 - 5 6 6 8 F A X 番 号 : 8 8 8 - 5 6 6 7 対 応 時 間 : 午 前 8 時 3 0 分 ~ 午 後 5 時 1 5 分
秋田県国民健康 保険団体連合 (国 保 連)	所 在 地 : 秋 田 市 山 王 四 丁 目 2 - 3 2 F 電 話 番 号 : 8 6 2 - 6 8 6 4 F A X 番 号 : 8 2 4 - 0 0 4 3 対 応 時 間 : 午 前 8 時 3 0 分 ~ 午 後 5 時 1 5 分

14. 事業所経営法人の概要

法 人 名	社会福祉法人 旭川やすらぎ会
法 人 所 在 地	秋田市新藤田字治郎沢52-6
電 話 番 号	018(884)1071
代 表 者 名	理事長 伊藤 博
設 立 年 月 日	平成10年9月17日
介護保険事業所	地域密着型通所介護 総合事業通所型サービス 1ヶ所 (デイサービスセンター) 短期入所生活介護事業所・介護予防短期生活介護事業所 1ヶ所 (ショートステイ) 居宅介護支援事業所 1ヶ所 (居宅サービス計画の作成等) 介護老人福祉施設 1ヶ所 (特別養護老人ホーム)
老 人 福 祉 施 設	魁聖園ケアハウス

「説明確認欄」

令和8年 月 日

通所介護サービスの提供にあたり、別紙重要事項をご説明しました。

事業者 所在地 秋田市新藤田字治郎沢52-6

事業者名 魁聖園デイサービスセンター

説明者 _____

通所介護サービスの重要事項について、上記のとおり説明を受け、サービスを受ける事に同意します。

契約者

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____
()

代理人又は立会人

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____
()