

デイサービスみしょうえん 重要事項説明書

(介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業)

あなたに対する「介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業」(以下、「サービス」という。)の提供開始にあたり、社会福祉法人寿光会デイサービスみしょうえん(以下、「当事業所」という。)があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

なお、本書に記載する「利用者」「事業者」「扶養者」「連帯保証人」は、別に社会福祉法人寿光会デイサービスみしょうえん利用契約書(利用約款)で定めます。

1. 適用期間 【参照】利用契約書2ページ「第2条 契約適用期間」

適用期間	・ 本重要事項説明書は、利用者が当事業所への利用同意書を当事業所に提出した時から効力を有します。但し、扶養者等に変更があった場合等は新たに同意を得るものとします。 ・ 本重要事項説明書の改訂が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当事業所を利用することが出来るものとします。 ・ ただし、最終利用日から次の利用日まで半年以上経過した場合等は精査させていただき、場合により再契約していただく事があります。
------	--

2. 事業の目的と運営方針 【参照】利用契約書2ページ「第1条 契約の目的」

事業の目的	総合事業対象者または要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことが出来るよう、生活機能の維持向上、重度化の防止を目指した目標を設定し、サービスを提供することを目的とします。 また、必要な機能訓練を行い、科学的介護を推進することによって社会参加を促します。
運営の方針	事業者は、利用者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、利用者の要支援状態の軽減や重度化を防止し、適切なサービスの提供に努めます。

3. 事業者(法人)の概要 【参照】利用契約書1ページ「契約当事者の表示」

名称	社会福祉法人寿光会
所在地	秋田県鹿角市十和田大湯字屋布ノ下タ 20 番地
法人種別	社会福祉法人
代表者	理事長 岩尾 昌子(いわおまさこ)
電話番号	0186-35-5556
設立年月日	平成29年12月12日

4. 施設の概要 【参照】利用契約書3ページ「第7条 当事業所の概要」

(1) 基本情報

名称	デイサービス みしょうえん
所在地	秋田県鹿角市十和田大湯字屋布ノ下タ 20 番地
提供するサービス	介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業
指定年月日	平成30年4月1日
事業所番号	0570925792
利用定員数	18名

管理者	澤口 孝範（さわぐち たかのり）
電話番号	0186-35-5556（代表）
FAX 番号	0186-35-3488
電子メール	mishouen_day@jyukoukai.jp
ホームページ	https://jyukoukai.jp
他に提供しているサービス	・地域密着型通所介護サービス ・介護老人福祉施設サービス ・（介護予防）短期入所生活介護サービス（※1）、 ・居宅介護支援事業
事業の実施地域（送迎の範囲）	鹿角市

※1 介護福祉施設サービスの空床を利用して行います。

（２）利用の要件

利用対象者	・要介護認定において要支援１～２と認定された方。 ・市町村基本チェックリスト判定該当基準のいずれかに該当し、かつ地域包括支援センターによるアセスメントにおいてサービスの必要性があると判断されて事業対象者であると認定された方。
-------	---

（３）営業日

営業日／時間	・月～土曜日（日曜日・第３木曜日はお休みです）。 ※上記の他、年末年始とお盆期間はご利用状況や職員体制等により臨時休業させていただく場合があります。臨時休業する場合は予め書面などにてお知らせいたします。 ・午前８時３０分～午後５時３０分
サービス提供時間	・午前９時３０分～午後４時３０分 （その他の時間帯をご希望の場合は、ご相談下さい）

（４）敷地及び建物

敷地		10,259.7㎡
建物	構造	鉄骨作り（一部２階建て／居室は１階部分）
	延床面積	3,803.5㎡(1,150.5坪)

（５）主な設備

設備の種類	数	面積	１人当りの面積
機能訓練室	1	45.67㎡	3.00㎡
食堂 レクリエーションルーム	1	111.94㎡	
浴室（一般浴・個浴・機械浴）	1	102.00㎡	
相談室	1	6.75㎡	

5. 非常災害等発生時の対策 【参照】利用契約書3ページ「第7条 当事業所の概要」

非常時の対応	・別に定める当事業所の消防計画に則り対応を行います。 ・感染症や災害発生時であっても必要な介護サービスが継続的に提供出来る体制づくりに努めています。			
近隣との協力関係	近隣地域と防災協定を締結し、常時相互の応援を約束しています。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災通報器	有	非常通報装置及び自動通報装置	有
	誘導灯	14箇所	漏電火災報知器	有
	ガス漏れ検知器	有	非常用電源	有
	消火器、消火栓	有	スプリンクラー	有
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：令和5年6月1日 【防火管理者】 米田 純一（介護老人福祉施設鹿角微笑苑）			
防災訓練	年2回行います。			

6. 職員体制（主たる職員）（※） 【参照】利用契約書3ページ「第7条 当事業所の概要」

従業者の職種	員数	基準	職務
管理者	1	1	・ご利用者様へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行います。
生活相談員	1以上	1	利用者およびその家族を対象として、サービス全般をもとより、生活に至るまでの相談援助、指導業務を行います。
看護職員	2以上	1	検温、血圧、体重測定等のバイタルチェックを行う事により、利用者の健康状態を的確に把握し、計画に基づいた看護業務を行います。
介護職員	3以上	2	利用者の心身状況などを的確に把握し、計画に基づいた介護業務を行います。
機能訓練指導員	1以上	1	社会性の維持を図り在宅生活の継続に資する機能訓練計画的に行うプログラムを作成および実施し、計画の評価や見直し等も行います。
事務職員	1	—	受付や電話対応、介護報酬請求事務等の事務全般を行います。

※ 人員基準を遵守した員数を配置しています。また毎月末時点の実人数を機関紙「ほほえみだより」にて報告しております。

7. 職員の勤務体制 【参照】利用契約書3ページ「第7条 当事業所の概要」

職種	勤務体制	休暇
管理者	日勤（8：30～17：30）	4週6休
生活相談員	提供時間帯を通じて勤務	4週6休
看護職員	提供時間帯を通じて利用者の健康状態を確認出来る密接かつ適切な連携を図っています。	
介護職員 事務職員	日勤（8：30～17：30）	4週6休
機能訓練指導員	日勤（8：30～17：30）	4週6休

8. サービス内容 【参照】利用契約書4ページ「第8条 サービス内容」

サービス計画の立案と変更	・担当の介護支援専門員や地域包括支援センターからの情報をもとに、利用者の心身状況、希望及びその置かれている状況を十分把握し作成します。 ・内容の変更を希望される場合はいつでもお申し出下さい。
健康管理等	・サービス利用時のバイタルチェック、体調に変化があった時のアドバイス、服薬管理指導などの健康管理に努めます。
機能訓練・アクティビティ、口腔機能の維持向上	・サービス計画に位置付けられた利用者の身体状況に適合した機能訓練やアクティビティ（レクリエーションや創作活動、体操等）を行い、生活機能の維持と向上、重度化の防止に努めます。 ・口腔機能の低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重度化等の予防、維持回復等につなげます。
食事の提供	併設施設の栄養士が身体の状況に応じた栄養バランスを考慮し提供します。
入浴	・サービス計画書、提供票に基づいた入浴サービスを行います。 ・身体状況に応じてこだわりの個浴と一般浴、及び機械浴（いずれも男女別浴）にて必要な援助を行います。
送迎	・朝ご自宅までお迎えに伺い、夕方ご自宅までお送り致します。 ・当日の配車都合および交通事情等により、送迎の時間に変動がある場合がございます。
相談及び援助	・利用者及びそのご家族様からのサービス等に係わる相談に誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 【相談窓口】生活相談員または事務室

9. 利用料 【参照】利用契約書4ページ「第10条 利用料」（利用料金表も併せてご覧下さい）

（1）事業支給費自己負担分（※1）（単位：円）

サービス項目			1割負担	2割負担	3割負担	算定
①	通所型サービス費(独自) (1週当たりの標準的な回数を定める場合) (※2)	事業対象者 ／要支援1	1,798 (59)	3,596 (118)	5,394 (177)	1月につき (1日につき)
		要支援2	3,621 (119)	7,242 (238)	10,863 (357)	
	(1月当たりの回数を定める場合)	事業対象者 ／要支援1	436	872	1,308	1回につき (1月の中で全部で4回まで)
		要支援2	447	894	1,341	1回につき (1月の中で全部で8回まで)
②	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) (※3)	要支援1	88	176	264	1月につき
		要支援2	176	352	528	
	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) (※3)	要支援1	72	144	216	
		要支援2	144	288	432	

	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) (※3)	要支援 1	24	48	72	
		要支援 2	48	96	144	
	科学的介護推進体制加算		40	80	120	1月につき
③	口腔機能向上加算 (Ⅱ)		160	320	480	1月につき
	若年性認知症利用者受入加算		240	480	720	1月につき
	事業所が送迎を行わない場合		-47	-94	-141	片道につき
	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) イ または (Ⅰ) ロ または (Ⅱ) イ または (Ⅱ) ロ		(①+②+③) × 11.7% (①+②+③) × 12.7% (①+②+③) × 11.5% (①+②+③) × 12.5%			1月につき

※1 それぞれの加算の詳細、算定要件等は巻末の『【補足】加算または算定要件のご説明』をご参照下さい。

※2 ()内は日割単価です。月途中において、契約開始や区分変更等の事由があった場合に適用となります。

※3 職員体制により、いずれかが算定となります。

(2) その他利用料 (事前にご希望いただいた上で算定されます。)

① 食費 (食材料費)

種類	金額	注意
昼食	560円/食	食事の準備が整った後に利用者が体調不良等の事由によって食事の摂取が困難となった時は、配膳されない場合や全く摂取しなかった場合であっても当該食費が発生します。

② 日常生活品費

種類	金額	内容
おやつ代	70円/日	おやつを提供
教養娯楽費	実費	利用者の希望により、教養娯楽として日常生活に必要なものを提供する場合は費用です。サービス提供の一環として参加者を募って実施するクラブ活動 (作業療法等の機能訓練以外) 等で用います。

③ 私物の洗濯 (※)

種類	金額	内容
洗濯及び乾燥	無償	利用者個人の処遇に必要であると管理者が認めた場合に限り、私物衣類等の洗濯または乾燥を無償で行います。その場合、事前に期間を定める場合や予告なく終了する場合があります。

※ ご希望によりクリーニング業者に洗濯を依頼する場合は、業者の設定料金が別途発生いたします。

④ その他

種類	金額	内容
介護保険外延長料金	100円/10分	延長希望があり、サービス提供時間帯終了後から18時30分までの延長利用料です。5分以上10分未満ご

		とに加算されます。
特別な食事	実費	利用者が選定する食事
キャンセル料	560円	利用者の都合により、利用日前日17時以降にサービス中止の連絡をいただいた場合、キャンセル料をいただきます。※食費（食材料費）昼食相当分
オムツ販売	実費/袋単位（別途料金表をご参照下さい）	希望時
写真代	44円（税込）※から/枚 ※L判の場合。印刷サイズにより異なります。	・利用者または扶養者の希望により、写真の撮影及び印刷を承ります。 ・当事業所で撮影した写真の焼き増し等（他の方が写っている写真では承れない場合があります）
コピー料	11円（税込）/枚 44円（税込）/枚	モノクロ（白黒）印刷 カラー印刷
支払証明書料	220円（税込）/1ヶ月分毎	領収書の紛失等の理由によりご希望時に発行します。

（３）利用料の通知と請求、および支払方法等

利用料の通知	総合事業負担費自己負担分、およびその他利用料毎の明細を付した利用料請求書を作成し、別に利用契約書で定める”請求書の発送先”へサービス利用月の翌月10日ごろまでを目処に送付、通知します。
利用料の請求と支払期限	・利用者および扶養者、連帯保証人は連帯して利用料請求書に記載した“御請求金額”を下記支払方法によりお支払い下さい。支払期限は利用料請求書送付月の末日です。 ・事前にご連絡が無く、上記支払期限までにお支払いが確認出来ない場合には、扶養者または連帯保証人に対し、郵送または電話等の方法でお伺いをさせていただきます。なお、お支払い後行き違いによりご連絡をさせていただく場合がございます。
利用料の支払方法	以下いずれかの方法でお支払い下さい。（安心便利で確実、手数料もかからずご負担ゼロの「①口座振替（自動払込）」がおすすめです）。 ① 口座振替（自動払込）… 秋田銀行、または ゆうちょ銀行に口座（利用者名義以外でも可）をお持ちの方が対象です。口座振替依頼書ご提出後、手続き完了まで最短で約1ヶ月程度かかります（完了までは一時、以下②～④の方法でお支払い下さい）。 引落日：毎月20日（ゆうちょ銀行のみ、再引落あり：毎月27日） ※ 引落日が土日祝の場合は金融機関様の翌営業日に引き落とされます。 ※ 引落日当日にご入金いただいても引き落としになりません。お手元の口座残高をご確認の上、引落日前日までにご入金願います。 ② 銀行振込 … 秋田銀行毛馬内支店（店番 252）普通：1021963 口座名義：社会福祉法人寿光会 理事長 岩尾昌子 ③ 郵便振替 …（最寄の郵便局から振込）口座番号：18660-19665351 （他の銀行から振込）ゆうちょ銀行八六八店（店番 868）普通：1966535 口座名義：社会福祉法人寿光会 理事長 岩尾昌子 ④ 窓口支払 … 当施設事務室
利用料領収書	・上記①、②、③の方法でお支払いの際は、入金確認および事務処理後の発行となります（原則として次回請求書に同封してお送りします）。 ・上記④の方法でお支払いの際は、窓口で即時発行いたします。 ・訪問看護サービス等の他の医療系居宅サービス等と併せて利用された際に医療費控除

	の対象となりますので、大切に保管して下さい。 ・領収書の再発行は原則としていたしません。領収書等を紛失されその再発行を求められた場合は、支払証明書を発行いたします。1 通当り 220 円（税込/1 ヶ月ごと）頂戴いたします。
--	--

10. 要望、または苦情等の申立先 【参照】利用契約書4ページ「第12条 苦情処理」

窓口	【苦情受付窓口】三澤美智子（生活相談員）／佐々木美紀（生活相談員） 【苦情解決責任者】澤口孝範（管理者） 上記担当者には口頭又は電話で申し付けて下さい。直接お近くの職員に申し付けることも可能です。電話番号は、0186-35-5556（代表）です。 事務室前に設置している「ご意見箱」に投函し、申し出る事も出来ます。
上記以外の 苦情申し立て先	① 鹿角市福祉保健センター あんしん長寿課 高齢者支援班 介護保険担当 秋田県鹿角市花輪字下花輪 50 番地 電話 0186-30-0237（直通） ② 社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 秋田県福祉サービス相談支援センター （秋田県運営適正化委員会） 秋田市旭北栄町1番5号 秋田県社会福祉会館内 電話 018-864-2726（直通） ③ 秋田県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情・相談窓口 秋田県秋田市山王4丁目2番3号 電話 018-883-1550（直通）
いただいた苦情等については、当事業所内の運営会議で協議の上、苦情解決責任者が責任を持って適切に対処いたします。責任者で対処出来ない場合には、社会性や客観性を確保し利用者の立場や状況を配慮できる第三者委員会で検討し、解決できない場合は行政や県の運営適正化委員会により事情を調査し、解決に向けて取り組みます。その際、介護保険法その他法令に則り、速やかに対処いたします。	

11. 個人情報および秘匿情報の取扱い 【参照】利用契約書4ページ「第9条 守秘義務」

事業者の守秘義務	・事業者は個人情報保護法を遵守し、その全ての職員は、その職種の如何を問わず、事業者の職員として職務上知り得た利用者等の個人情報および利用者および扶養者から秘匿要望のあった情報を、正当な事由なく第三者に漏らしません。以上は事業所及び事業者を退職した後においても同様とします。 ・ただし、事業者が守秘義務を遵守するよう最大限努めた場合であっても、来苑者からの間接的かつ多角的な情報等により、第三者が利用者等の個人情報や秘匿情報を特定出来る可能性があります。 ・事業者は法令上定められた義務として、利用者または扶養者から事前の同意を得て、第三者に情報提供を行うことがあります。ただし、災害発生時等は、利用者の生命および身体の保護の観点から、事前の同意が無くとも、行政等の関係機関に対して個人情報を提供する場合があります。
肖像権の保護	事業者は、利用者および扶養者から事前の同意を得ずに利用者およびその家族等を撮影、公表することはございません。
厚生労働省への 情報提出について	9. 利用料に定める、厚生労働省への情報提出を要する各種加算において、全ての情報は匿名化されて送信されます。国の運営する「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用を目的としたデータ収集であり、個人情報収集を目的とするものではありません。

1 2. 緊急時等の対応

(1) 緊急時の対応

・看護職員の医学的判断により必要であると認めた場合、かかりつけ医または下記協力（歯科）医療機関での診療を依頼することがあります。 ・また、専門的な医学的対応が必要と判断した場合には、協力（歯科）医療機関の他、大湯リハビリ温泉病院等の他の専門的機関や主治医の先生を紹介いたします。 ・その他、ご利用者及び扶養者が指定する者に対し連絡します。		
協力医療機関（１）	名称 所在地 電話番号	独立行政法人労働者健康安全機構 秋田労災病院 秋田県大館市軽井沢字下岱 30 番地 0186-52-3131（代表）
協力医療機関（２）	名称 所在地 電話番号	大館市立扇田病院 秋田県大館市比内町扇田字本道端 7 番地 1 0186-55-1255（代表）
協力医療機関（３）	名称 所在地 電話番号	かづの厚生病院 秋田県鹿角市花輪字向畑 18 番地 0186-23-2111（代表）
協力医療機関（４）	名称 所在地 電話番号	福永医院 秋田県鹿角市十和田毛馬内字下寄熊 6 番地 9 0186-35-3117（代表）
協力医療機関（５）	名称 所在地 電話番号	鹿角中央病院 秋田県鹿角市花輪字六月田 97 番地 0186-23-4131（代表）
協力歯科医療機関	名称 所在地 電話番号	小野寺歯科クリニック 鹿角市十和田毛馬内字南陣場 18 番地 3 0186-35-2771

(2) 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、速やかに家族および利用者の保険者、鹿角市、秋田県長寿社会課、秋田県北秋田地域振興局大館福祉環境部に連絡し、必要な措置を講じます。 ・事故の状況を記録し、再発防止に努めます。 ・サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。	
損害賠償	・サービスの提供に伴って事業者の責に帰すべき事由により利用者が損害を被った場合、事業者は利用者に対して損害を賠償するものとします。 ・利用者の責に帰すべき事由によって事業者が損害を被った場合、利用者および扶養者または連帯保証人は、連帯して事業者に対し、その損害を賠償するものとします。
加入保険会社	損害保険ジャパン株式会社

1 3. サービス提供の記録

記録の保存年限と閲覧	・当事業所はサービスの提供内容等を書面上あるいは電子化して具体的に記録し、5 年間保存します。 ・利用者及び扶養者が記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。利用者が決定困難な時に、扶養者の承諾があった場合に他の者にも応じます。又、
------------	--

	その他必要と認められる場合に限りこれに応じます。
--	--------------------------

14. 身体拘束等

身体拘束	当事業所は原則として身体拘束を行いません。但し自傷他害の恐れがある場合や緊急やむを得ない場合、代替の方法がない場合では、ご家族及び管理者、ケアマネージャー等を含む関係者と検討し、一時的に行動を制限する場合があります。この場合は管理者の指示のもとで理由等を経過記録に記載します。その後は身体拘束廃止に向けての委員会を定期的に行います。
------	--

15. 虐待の防止

高齢者虐待防止法の遵守	事業者は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」の規定を遵守し、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次のイ～ニに掲げる措置を講ずるものとします。 イ：虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。 ロ：虐待防止のための指針を整備します。 ハ：虐待を防止するための定期的な研修を実施します。 ニ：前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。
-------------	--

16. 衛生管理等

衛生管理等	・ご利用者様の使用する施設食器等の消毒を行い、衛生管理上必要な措置を講じます。 ・当事業所に於いて感染症が発生又は蔓延しないよう、次のイ～ハに掲げる措置を講ずるものとします。 イ：当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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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、職員に周知徹底を図ります。 ロ：当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指針を整備します。 ハ：当事業所において、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。
-------	--

17. 業務継続計画の策定等

業務継続計画	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「当該計画」という）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講ずるよう努めます。
定期的な訓練と見直し等	・職員に対し当該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。 ・定期的に当該計画の見直しを行い、必要に応じて当該計画の変更を行います。

18. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

情報の交換等	・主に口頭での情報交換を行いますが、書類等での情報交換を行うこともありますので、クリアケースに入っている家族連絡表等の書類は都度確認をお願いします。
感染防止	・集団生活となるため、かかりつけ医でのインフルエンザワクチン予防接種をお願い

	致します。 ・インフルエンザやノロウイルス等の感染症が蔓延する恐れがある場合、管理者の指示のもと一時的に休業する場合があります。 ・来苑時に手指の消毒をお願いしております。また、マスクの着用をお願いする期間もございます。開始・解除時期については都度ご連絡させていただきます。 ・利用者がインフルエンザやノロウイルス等に感染した場合、利用をお休みしていただくことになります。利用再開にあたっては、かかりつけ医の診断、利用者の状態を確認させていただき、管理者の判断もあわせて行います。また、同居家族に症状がある場合は速やかに当事業所にご連絡をお願いします。利用者の状態を確認させていただいた上で、管理者の判断により利用を検討させていただきます。 ・その他、未知の感染症等の流行、またはその兆しが見られる場合、指定権者、保険者および厚生労働省等の指示により対応することとなります。場合により、利用者本人の他、同居のご家族等の行動履歴等についてお伺いする場合があります。その際得た情報については「12. 個人情報および秘匿情報の取扱い」に則り、適切に処理いたします。
体調急変時の対応	サービス利用時間内に体調の変化があった場合、医療機関への受診をお勧めすることがあります。その際の送迎及び付添いに関しては、原則ご家族での対応となります。
営業時間およびサービス提供時間	・悪天候などの理由により、送迎時の安全確保が難しいと当事業所が判断した場合は、利用者または扶養者のどちらかが承諾の上で、営業時間の短縮、あるいはお休みすることがあります。 ・利用日のご利用者様の心身の状況、または降雪等の急な気象状況の悪化等のやむを得ない理由によりサービス提供時間が計画上の所要時間よりも短くなることがあります。
お薬について	・利用時間帯に必要なお薬（市販薬含む）は必ず持参して下さい。 ・処方内容に追加や変更、中止等があった場合、その内容をお知らせ下さい。 ・身体的な状態に応じて、病院受診やお薬のアドバイスをすることがあります。
おしぼりについて	食事時に必要と思われる方は、おしぼり、もしくはウェットティッシュをご持参下さい。
食事用エプロンについて	食事時に必要と思われる方は、食事用エプロンをご持参下さい。
同性介助	ご利用者様の自尊心、羞恥心に最大限配慮し、入浴や排泄等において特にご希望される場合には同性介助を行います。しかし、職員の配置や出勤の状況、ご利用者様自身の意向等によって必ずしも同性介助とならない場合があります。
面会・来訪	・面会者は他の利用者に迷惑のかからないよう、常識の範囲内で面会して下さい。騒音等他の利用者の迷惑になるような行為をご遠慮願います。また、むやみに施設本体の利用者居室に勝手に立ち入らないようにして下さい。
設備・器具等の利用	当事業所内の設備および器具は本来の用法に従って正しくご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合には、その損害について賠償請求させて頂く場合があります。
喫煙・飲酒	・喫煙、飲酒は原則禁止とさせていただきます。
持込み品の管理	・全ての所持品にご記名下さい。本人が管理可能なもののみをお持ち込み願います。 ・カミソリ、カッター、針、爪切り、シェーバー等の危険物は持ち込まないで下さい。必要であれば、貸し出しいたします。 ・食べ物の持込みはご遠慮下さい。
現金等の管理	・紛失や金銭トラブルの原因となることがあるため、原則持込みはご遠慮下さい。

	理由無く持ち込まれた現金等に関しては、職員が利用終了時間まで管理させて頂く事があります。利用料金等につきましては、クリアケースに入れていただき、その旨を職員にお伝え願います。
宗教活動・政治活動	事業所内で他の利用者に対する宗教および政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	事業所内へのペットのお持ち込みおよび飼育はご遠慮下さい。
カスタマーハラスメントへの対応について	・当事業所は、職員が安心して働ける環境を守り、安定したサービスを継続して提供するため、利用者・ご家族等による次のような行為（カスタマーハラスメント）の防止にご理解・ご協力をお願いしております。 ●身体的・精神的な攻撃（暴力、暴言、威圧的な言動 等） ●人格を否定する発言、職員個人への執拗な非難 ●正当な理由のない過大な要求、長時間の拘束 等 万一、これらの行為が繰り返され、又は程度が著しく、サービスの継続が困難と判断される場合には、ご利用の継続についてご相談させていただくこと、又はやむを得ず契約を解除させていただくことがあります。 ※サービス内容や職員の対応に関する正当なご意見・ご要望・苦情は、カスタマーハラスメントには当たりません。「10. 要望、または苦情などの申し先」の窓口にて誠実に対応いたしますので、安心してお申し出ください。

19. 利用契約の終了 【参照】利用契約書4ページ「第11条 契約の終了」

利用者からの解約	・利用者および扶養者は、事業者に対し利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画に係わらず、本利用契約を解約することが出来ます。なおこの場合、利用者及び扶養者は、速やかに当事業所及び利用者の居宅サービス計画作成者（ケアマネージャー等）に連絡するものとします。但し、利用者が正当な理由なく、サービス等実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当事業所にお支払いいただきます。
事業者からの解除	事業者は、利用者が以下に掲げるイ～ハのいずれかに該当する場合には、利用契約を解除することが出来ます。この場合、一定の予告期間をもってこの契約は終了します。 イ：利用者および扶養者または連帯保証人が本重要事項説明書に定める利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払いを督促したにも拘わらず30日以内に支払われない場合。 ロ：利用者または扶養者、および利用者の家族その他関係者が、事業者およびその職員、又は他の利用者等に対して、故意に法令違反その他利用継続が困難となる程度の著しく常識を逸脱する行為又は反社会行為をなし、事業者の再三の申し入れにも拘わらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合。 ハ：医学的管理の妨げとなる悪質な行為を行い、改善の見込みがない場合。 ・なお、事業者はより質の高いサービスの提供を通じて普段から利用者やその家族等との信頼関係を築くことで、上記ロおよびハに相当するハラスメント事由の発生に至らないよう努めます。
契約の終了	・以下に掲げるイ～ハのいずれかに該当する場合、この利用契約は終了となります。 イ：利用者が要介護認定において自立または要介護と認定された場合。 ロ：事業対象者の認定から外れた場合。 ハ：利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所での適切なサービスの提供が出来ないと判断された場合。 ニ：天災、災害、及び設備の故障等、その他やむを得ない理由により、当事業所を利

	用して頂くことが困難な場合。
--	----------------

20. その他 【参照】利用契約書5ページ「第13条 合意管轄」「第14条 契約に定めのない事項」

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・本重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令の定めるところにより、利用者又は扶養者と事業者が誠意をもって協議して定めることとします。 ・当事業所についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求下さい。 |
|---|

この重要事項説明書は、令和3年4月1日から効力を有します。

(附則)

- | | |
|---------------|---|
| 令和03年05月01日改訂 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護報酬日割単価明記により、 <ul style="list-style-type: none"> － 9. 利用料(1)事業支給費自己負担分 を変更 |
| 令和03年06月25日改訂 | <ul style="list-style-type: none"> ・理事長の交代により、 <ul style="list-style-type: none"> － 2. 事業者 の代表者、 － 9. 利用料(5)利用料の通知と請求、および支払方法等 の口座名義 を変更 |
| 令和03年08月01日改訂 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法改正により、 <ul style="list-style-type: none"> － 9. 利用料(2)食費 を変更 |
| 令和03年10月01日改訂 | <ul style="list-style-type: none"> ・コロナウイルス対応特例としての時限加算の終了により、 <ul style="list-style-type: none"> － 9. 利用料(1)事業支給費自己負担分 を変更 |
| 令和04年03月01日改訂 | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供体制強化加算の区分追記により、 <ul style="list-style-type: none"> － 9. 利用料(1)事業支給費自己負担分 を変更 ・利用料の口座振替(自動払込)導入により、 <ul style="list-style-type: none"> － 9. 利用料(3)利用料の通知と請求、および支払方法等 を変更 |
| 令和04年10月01日改訂 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員等ベースアップ等支援加算の追加により、 <ul style="list-style-type: none"> － 9. 利用料(1)事業支給費自己負担分 を変更 |
| 令和05年04月01日改訂 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設長の交代により、 <ul style="list-style-type: none"> － 4. 施設の概要(1)基本情報 を変更 － 10. 要望、または苦情等の申立先 を変更 |
| 令和06年04月01日改訂 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法改正等により、 <ul style="list-style-type: none"> － 9. 利用料(1)事業支給費自己負担分 を変更 ・他、 <ul style="list-style-type: none"> － 4. 施設の概要(1)基本情報および(5)主な設備 を変更 － 6. 職員体制 を変更 － 8. サービス内容 を変更 － 9. 利用料(2)その他利用料 を変更 － 10. 要望、または苦情等の申立先 を変更 － 12. 緊急時等の対応 を変更 － 14. 身体拘束等 を変更 － 15. 虐待の防止 を変更 － 16. 「衛生管理」を「衛生管理等」とし、変更 － 17. 業務継続計画の策定等 を追加、以降項目繰り下げ － 18. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項 を変更 |
| 令和06年06月01日改訂 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法改正により、 |

- － 9. 利用料(1) 事業支給費自己負担分 を変更
- 令和 07 年 01 月 01 日 改訂
 - ・営業曜日の追加(木曜日)により、
 - － 4. 施設の概要(3) 営業日 を変更
- 令和 07 年 04 月 01 日 改訂
 - ・キャンセル料の追加により、
 - － 9. 利用料(2) その他利用料④その他 を変更
- 令和 08 年 04 月 01 日 改訂
 - ・管理者の交代により、
 - － 4. 施設の概要(1) 基本情報 を変更
 - － 6. 職員体制(主たる職員) を変更
 - － 10. 要望、または苦情等の申立先 を変更
 - ・協力歯科医療機関の所在地変更により、
 - － 12. 緊急時等の対応(1) 緊急時の対応 を変更
- 令和 08 年 06 月 01 日 改訂
 - ・介護保険法改正により
 - － 9. 利用料(1) 介護保険自己負担分 を変更
 - ・協力医療機関の追加により、
 - － 12. 緊急時等の対応(1) 緊急時の対応 を変更
- 令和 08 年 08 月 01 日 改訂
 - ・食費(食材料費)の変更により、
 - － 9. 利用料(2) その他利用料 を変更
- 令和 08 年 10 月 01 日 改訂
 - ・営業日の変更により、
 - － 4. 施設の概要(3) 営業日 を変更
 - ・カスタマーハラスメントの対応の追加により、
 - － 18. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項 を変更

【補足】加算または算定要件のご説明

サービス提供体制 強化加算	介護福祉士の割合または一定以上の勤続年数を数える職員の割合により評価される体制加算です(区分支給限度基準額対象外)。 (Ⅰ)の算定要件は介護福祉士の70%以上配置、または勤続10年以上介護福祉士の25%以上配置です。 (Ⅱ)の算定要件は介護福祉士の50%以上配置です。 (Ⅲ)の算定要件は介護福祉士の40%以上配置、または勤続7年以上の職員の30%以上配置です
科学的介護推進 体制加算	・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身状況等に係わる基本的な情報を厚生労働省に提出しています。 ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用しています。
若年性認知症 利用者受入加算	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていることを要件としています。
口腔機能向上加算	・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員1名以上の配置が要件です。 ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成します。 ・同計画をもとに、上記要件職員が口腔機能向上サービスを行うとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録します。 ・同計画の進捗状況を定期的に評価します。 ・3月以内の期間に限り1月に1回を限度として算定されます。ただし、同サービスの開始から3月毎の評価の結果、口腔機能が向上せず、同サービスを引き続き行うことが認められる利用者については、引き続いて算定する場合があります。

介護職員等 処遇改善加算	・介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進するための加算です。 ・算出については介護保険自己負担の総単位数に一定の掛け率を乗じます（※）。区分支給限度基準額（単位）対象外です。 ・強い経済を実現する総合経済対策において、介護分野の職員の処遇改善については、他職種と遜色のない処遇改善に向けて必要な対応を行うとされ、令和８年度介護報酬改定にて率が改定されました。 ※ 小数点第一位以下は四捨五入されます。
-----------------	--

サービス提供時間：9時30分から16時30分（7時間以上8時間未満）両サービス共通

○地域密着型通所介護の場合

基本料金1（介護保険利用者負担額）（全て非課税）

内訳		料金
地域密着型 通所介護費	要介護度 1	753 (1,506/2,259)
	要介護度 2	890 (1,780/2,670)
	要介護度 3	1,032 (2,064/3,096)
	要介護度 4	1,172 (2,344/3,516)
	要介護度 5	1,312 (2,624/3,936)
（※送迎料含）		

（1割負担（2割負担/3割負担）円/特に指定無き場合は1日）

加算減算料金2-1（介護保険利用者負担額）※3（全て非課税）

内訳	料金
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 (44/66)
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 (36/54)
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 (12/18)
科学的介護推進体制加算	40 (80/120) /月
中重度者ケア体制加算	45 (90/135)
入浴介助加算（Ⅰ）	40 (80/120)
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 (112/168)
個別機能訓練加算（Ⅱ）※1	20 (40/60) /月
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 (320/480) /月
ADL維持等加算（Ⅰ）	30 (60/90) /月
または（Ⅱ）	60 (120/180) /月
認知症加算	60 (120/180)
若年性認知症利用者受入加算	60 (120/180)
送迎減算	-47 (-94/-141) /片道
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	総単位数×11.7%
または（Ⅰ）ロ	総単位数×12.7%
または（Ⅱ）イ	総単位数×11.5%
または（Ⅱ）ロ	総単位数×12.5%

（1割負担（2割負担/3割負担）円/特に指定無き場合は1日）

○第1号通所事業（通所型サービス/介護予防通所介護相当）の場合

基本料金1（事業支給費利用者負担額）（全て非課税）

内訳		料金
通所型 サービス費 ※2	事業対象者・要支援1①	1,798 (3,596/5,394)
	②(1月の中で全部で4回まで)	436 (872/1,308)
	事業対象者・要支援2①	3,621 (7,242/10,863)
	②(1月の中で全部で8回まで)	447 (894/1,341)
（※送迎料・入浴料含）		

①…1週当たりの標準的な回数を定める場合（1月につき）

②…1月当たり標準的な回数を定める場合（1回につき）

（1割負担（2割負担/3割負担）円）

加算料金2-2（事業支給費利用者負担額）※3（全て非課税）

内訳	料金
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援1	88 (176/264)
要支援2	176 (352/528)
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）要支援1	72 (144/216)
要支援2	144 (288/432)
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援1	24 (48/72)
要支援2	48 (96/144)
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 (320/480)
科学的介護推進体制加算	40 (80/120)
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	総単位数×11.7%
または（Ⅰ）ロ	総単位数×12.7%
または（Ⅱ）イ	総単位数×11.5%
または（Ⅱ）ロ	総単位数×12.5%

（1割負担（2割負担/3割負担）円/月）

※1 個別機能訓練加算（Ⅰ）に上乗せして算定されます。

※2 時間を延長してのご利用は出来ません。

※3 サービス提供体制強化加算は職員体制によりいずれか1区分のみ算定されます。

○上記以外の料金（両サービス共通）

（一部課税対象）

内訳（利用者が希望し選定する費用）		料金
介護保険外延長利用料金	（地域密着型通所介護利用者のみ。16時30分以降ご利用時に算定）	100円/10分
食費（食材料費）	昼食	560円/食
日常生活品費	おやつ代	70円/日
	教養娯楽費	実費
その他の料金	特別な食事	実費
キャンセル料	利用者の都合によりサービスを中止した場合（利用日前日17時以降）	560円
洗濯代	（ただし、管理者が必要であると認めた場合のみ）	無償
オムツ（袋単位）	フラットタイプ	実費
	おむつかバータイプ（M/L）	実費
	リハビリパンツタイプ（L/LL）	実費
	尿取りパットタイプ	実費
支払証明書料	領収書を紛失等し、その再発行を求められた場合（1月）	220円（税込）/通