

**指定通所介護**

**指定相当通所型サービス**

# **重要事項説明書**

秋田県仙北市田沢湖神代字野中清水 292-1  
社会福祉法人 仙北市社会福祉協議会  
仙北市田沢湖デイサービスセンター  
電話 0187-44-2700

指定通所介護・指定相当通所型サービス重要事項説明書  
 〈令和6年4月1日より〉

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 44-2700 (午前8時30分～午後5時)

担当 管理者氏名 小林 真也

2. 田沢湖デイサービスセンターの概要

施設名称	仙北市田沢湖デイサービスセンター
所在地	秋田県仙北市田沢湖神代字野中清水 292-1
介護保険事業者番号	(秋田県0571218627号)
サービスを提供する対象	仙北市内

上記地域以外の方でもご希望の方ご相談ください。

●田沢湖デイサービスセンターの職員体制

	資格	常勤	業務内容	計
管理者 (兼生活相談員)	介護福祉士 社会福祉主事	1名	管理業務 介護・相談・送迎	1名
生活相談員 サービス提供者 責任者	社会福祉士 介護福祉士 介護支援専門員	2名	サービス調整 介護・相談・送迎	3名
生活相談員	社会福祉主事	1名	サービス調整 介護・相談・送迎	
看護職員	看護師	2名 ※内非常勤 1名	健康管理・相談 機能訓練指導・送迎	2名 ※内非常勤 1名
機能訓練指導員	看護師	1名	機能訓練指導	1名
介護員	社会福祉士 社会福祉主事 介護福祉士 初任者研修終了 等	7名	日常生活介助 送迎	7名
調理員	栄養士 調理師	2名	調理	2名

●田沢湖デイサービスセンターの設備の概要

定員	25名	送迎車	4台
食堂	62㎡	デイルーム・休養室	128.5㎡・72㎡
浴室	一般浴槽 2	相談室	2室

### ●事業の目的

指定通所介護・指定相当通所型サービス（以下「通所介護等」という。）において介護保険法令に従い、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した生活を営むことが出来るように支援することを目的として、通所介護等サービスを提供します。

### ●運営の方針

利用者の人格を尊重し、常に使用者の立場に立ったサービスの提供に努め、事業の運営にあたっては、関係行政、地域の保健、医療及び福祉のサービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

### ●営業時間

営業日	毎週月曜日～金曜日（但し12月29日～翌年1月3日を除く）
営業時間	午前9時30分～午後3時30分

緊急連絡先 仙北市田沢湖デイサービスセンター TEL 44-2700  
仙北市社会福祉協議会 介護事業課 TEL 54-2493

## 3. サービス内容

- ① 日常生活上の援助
- ② 健康状態の確認
- ③ 機能訓練
- ④ 移送サービス 自宅とセンターとを送り迎えします。また、必要に応じて、介護員が同乗し、送迎車両への乗降及び移動の介助を行います。
- ⑤ 入浴サービス お体の不自由な方にも安心して入浴できるスロープつき浴槽もあります。異性介助者が対応する場合がありますが、下記の番号いずれかに○をして下さい。  
《1・異性介助者に同意します。 2・同性介助者でお願いします。》
- ⑥ 生活相談 日常生活でお困りのことなどありましたら、ご相談ください。
- ⑦ 食事 利用者の身体状況や嗜好を考慮した昼食を提供します。当日利用されてキャンセルの場合は、料金をいただきます。

## 4. 利用料（別紙1参照）

所得に応じた負担割合になります。

## 5. 利用料の支払い方法

当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌々月までに送付いたしますので、指定口座引落としによりお支払い願います。

## 6. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

直接当センターに電話等でご連絡ください。居宅サービス計画の作成を依頼している場合

は、事前にケアマネージャーにご連絡ください。後日、当センターの職員がお伺いし、通所介護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。

### (2) サービス利用契約の終了

#### ① ご契約者様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービス終了を希望する日の2日前までにお申し出ください。

#### 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契約を終了いたします。

- ・ ご契約者様が介護保険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等が、非該当（自立）になった場合。
- ・ ご契約者様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ ご契約者様が、サービス利用料金を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、14日以内に支払わない場合、又はお客様が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は、文書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ことがあります。

7. 施設利用にあたっての留意事項

- ・ 体調確認……………お出かけ前に、体温等の体調を確認願います。
- ・ 体調不良等によるサービスの中止、変更……………  
当日、体調が思わしくない時は、主治医に相談願います。
- ・ 時間変更……………変更のある場合は前日午後5時までにご連絡ください。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、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、等へ速やかに連絡いたします。

主治医	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

9. サービス内容に関する相談・苦情

仙北市田沢湖デイサービスセンター利用者相談・苦情窓口

仙北市田沢湖デイサービスセンター管理者 小林 真也 ☎44-2700

社会福祉法人仙北市社会福祉協議会 介護事業課 ☎54-2493

尚、仙北市包括支援センターと仙北市福祉事務所でも介護支援サービスについてのご相談、苦情をお受けいたします。

仙北市包括支援センター ☎0187-43-2283

大仙市包括支援センター東部 ☎0187-56-7125

仙北市福祉事務所 長寿子育て課 ☎0187-43-2281

秋田県国民健康保険団体連合会 ☎018-883-1550

大曲仙北介護保険事務所 ☎0187-86-3911

## 10. 秘密の保持

- (1) 業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用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き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) 事業者は、担当職員その他の従事者であった者が、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じます。職員の退職後についてもその義務は継続されます。
- (3) 事業者はあらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスをその他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることが出来るものとします。

## 11. 事故発生時の対応

万一事故が発生した場合には、速やかにご契約者及びその家族にご連絡するとともに事故に遭われた方への救済、事故拡大の防止などの必要な措置を講じます。  
また、ご契約者に賠償すべき事故が発生した場合には、誠意をもって速やかに対応いたします。  
事故発生時は、別紙「事故発生対応マニュアル図」のとおり対応させていただきます。

## 12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施

通所介護等の提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明いたしました。

令和 年 月 日

＜事業者＞	説明者	所 属	社会福祉法人仙北市社会福祉協議会
	職 名		仙北市田沢湖デイサービスセンター 氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護等の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	印

利用者の家族等	住 所	
	氏 名	印 続柄

サービス利用料金明細

	指定相当通所型サービス	金額 (単位円)
介護保険給付適用の 自己負担額	●要支援 1・事業対象者 (週 1 回程度)	1 回 436
	(月 4 回超の場合)	月 1,798
	科学的介護推進体制加算	月 40
	口腔機能向上加算(月 1 回まで)	1 回 150
	サービス提供体制強化加算 II 1	月 72
	●要支援 2・事業対象者 (週 2 回程度)	1 回 447
	(月 8 回超の場合)	月 3,621
	科学的介護推進体制加算	月 40
	口腔機能向上加算(月 1 回まで)	1 回 150
	サービス提供体制強化加算 II 2	月 144
介護保険給付外	昼食代 1 食	450

- 計算例 ( ) で 割負担の場合) 下記の計算で合計 円になります。
- ①介護予防利用料として ( ) 円) + 科学的介護推進体制加算 40 円 + 口腔機能向上加算 150 円 + サービス提供体制加算 ( ) 円) = 円
- ② = ① + (① × 7.1% (介護職員処遇改善加算 I 及び介護職員等特定処遇改善加算 I)) + (① × 1.1% (介護職員等ベースアップ等支援加算)) + 昼食代 ( ) 円) = 円

	介護サービス	金額 (単位円)
介護保険給付適用の 自己負担額 (1 回)	要介護 1	584
	要介護 2	689
	要介護 3	796
	要介護 4	901
	要介護 5	1,008
	入浴介助加算 I	40
	※入浴介助加算 II	55
	個別機能訓練加算 I イ	56
	サービス提供体制強化加算 II	18
	科学的介護推進体制加算	月 40
介護保険給付外	昼食代 1 食	450

※入浴介助加算 II については利用者の状態を踏まえて浴室における利用者の動作・浴室の環境を評価し、個別の入浴計画書を作成させていただき、個浴等その他の利用者の居宅の状況に近い環境で入浴介助を行った場合の加算となります。該当されない方は入浴介助加算 I の利用料金となります。

- 計算例 (要介護 ) で 割負担の場合) 下記の計算で合計 円になります。
- ①通所介護利用料として ( ) 円) + 入浴加算 ( ) 円) + 個別機能訓練加算 ( ) 円) + サービス提供体制加算 ( ) 円) + 科学的介護推進体制加算 (月 40 円) = 円
- ② = ① + (① × 7.1% (介護職員処遇改善加算 I 及び介護職員等特定処遇改善加算 I)) + (① × 1.1% (介護職員等ベースアップ等支援加算)) + 昼食代 ( ) 円) = 円
- ◎介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。