

いわきゆったり館デイサービスセンター  
介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス重要事項説明書

令和 8 年 6 月 1 日現在

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. ご利用事業所の概要

|             |                         |                     |
|-------------|-------------------------|---------------------|
| ご利用事業所の名称   | いわきゆったり館デイサービスセンター      |                     |
| サービスの種類     | 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス |                     |
| 事業所の所在地     | いわき市常磐湯本町上浅貝 2 2 番地の 1  |                     |
| 電話番号        | 0 2 4 6 - 4 3 - 0 8 0 5 |                     |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成 1 2 年 4 月 1 日指定      | 0 7 7 0 4 0 0 8 3 6 |
| 実施単位・利用定員   | 1 単位                    | 定員 2 5 人            |

2. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。                               |
| 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悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

3. 提供するサービスの内容

通所型サービス（独自）は、事業者が設置する事業所（通所介護事業所）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

（1）日常生活の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な介護を行います。

- ア 排泄介助
- イ 移動介助
- ウ 養護

（2）健康チェック

通所介護利用中、ならびに家庭での健康状態の確認をします。

（3）入浴サービス

身体状況に応じて、入浴サービスを提供します。

ア 一般浴槽による入浴介助

イ 特殊浴槽による入浴介助

(4) 食事の提供及び介助

利用者の病状、食事形態、嗜好等を考慮し食事を提供します。

(5) 機能訓練

機能訓練指導員、看護職員、生活相談員、介護職員が共同して個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持、向上及び低下の予防に努めます。

ア 日常動作関連プログラム

イ 運動プログラム、作業療法プログラム、レクリエーション

ウ 行事活動

(6) 送迎サービス

身体の状態、地理的条件等により送迎を必要とする利用者について専用車両により送迎を行います。

(7) 生活指導（相談、助言等）

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

4. 営業日時

|          |                                          |
|----------|------------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から土曜日まで（祝祭日は営業）                       |
| 休業日      | 日曜日<br>12月29日から翌年1月3日まで、及び管理者が必要に応じて定めた日 |
| 営業時間     | 午前8時30分から午後5時15分まで                       |
| サービス提供時間 | 午前9時30分から午後3時35分まで                       |

5. 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 勤務の形態・人数         |
|---------|------------------|
| 生活相談員   | 常勤 3人以上 非常勤 0人   |
| 看護職員    | 常勤 2人以上 非常勤 1人以上 |
| 介護職員    | 常勤 6人以上 非常勤 3人以上 |
| 機能訓練指導員 | 常勤 2人以上 非常勤 1人以上 |

## 6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。  
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|             |             |
|-------------|-------------|
| 管理責任者の氏名    | 管 理 者 大嶺 常貴 |
| サービス提供担当の氏名 | 主 任 五十嵐 要子  |

## 7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証の割合が利用者負担額になります。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1)介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス（独自）の利用料

【基本部分：介護予防通所介護相当】

| サービス名称    | 対象              | サービスの内容 | 算定単位          |
|-----------|-----------------|---------|---------------|
| 通所型サービス 1 | 事業対象者、<br>要支援 1 | 月 4 回まで | 4 3 6 単位/回    |
|           |                 | 月 5 回以上 | 1, 7 9 8 単位/月 |
| 通所型サービス 2 | 事業対象者、<br>要支援 2 | 月 8 回まで | 4 4 7 単位/回    |
|           |                 | 月 9 回以上 | 3, 6 2 1 単位/月 |

（注 1）上記の算定単位は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら算定単位も自動的に改訂されます。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の算定単位が加算されます。

| 加算の種類                | 加算の要件                           |         | 算定単位     |
|----------------------|---------------------------------|---------|----------|
| サービス提供体制強化<br>加算（Ⅰ）イ | 別に厚生労働大臣<br>が定める基準に適<br>合している場合 | 要支援 1   | 88 単位/月  |
|                      |                                 | 要支援 2   | 176 単位/月 |
| サービス提供体制強化<br>加算（Ⅰ）ロ |                                 | 要支援 1   | 72 単位/月  |
|                      |                                 | 要支援 2   | 144 単位/月 |
| サービス提供体制強化<br>加算（Ⅱ）  |                                 | 要支援 1   | 24 単位/月  |
|                      |                                 | 要支援 2   | 48 単位/月  |
|                      |                                 |         |          |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ<br>イ    |                                 | 要支援 1・2 | 1 1, 1 % |
|                      |                                 |         |          |
|                      |                                 |         |          |

## (2) その他の費用

|      |                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 延長料金 | 利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、30分につき350円の延長料金をいただきます。                                    |
| 食費   | 食事の提供を受けた場合、1回につき700円の食費をいただきます。                                                             |
| おむつ代 | おむつやパット等の提供を受けた場合、実費をいただきます。                                                                 |
| その他  | 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（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

## (3) キャンセル

利用予定日の前日前のキャンセルまたは、体調の急変などによるやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

- ① 利用者がサービス利用を中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

連絡先電話 0246-43-0805

- ② 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡下さい。

## (4) 支払い方法

上記（１）（２）の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次の方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後に差し上げます。

| 支払い方法 | 支払い要件等                                                           |
|-------|------------------------------------------------------------------|
| 現金払い  | サービスを利用した月の翌月の月末までに現金でお支払いください。<br>（請求書は、利用した月の翌月の初回利用日にお渡しします。） |
| その他   | ご家庭の事情などで、現金の支払いが困難な場合や、入院等で翌月の支払いが困難な場合には、事前にご相談ください。           |

## 8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

## 9. 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、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 10. 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |                                         |
|---------|-----------------------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0246-43-0805<br>お客様相談、苦情担当者 五十嵐 要子 |
|---------|-----------------------------------------|

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |                |                   |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | いわき市高齢福祉課      | 電話番号 0246-22-7467 |
|        | 福島県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 024-528-0040 |

#### 1 1. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 利用中の飲食物の持ち込みは、ご遠慮ください。身体の状態により必要な場合は、事前に職員にご相談ください。

#### 1 2. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

#### 1 3. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその発生を防止するために次のとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (4) サービス提供中に、当該事業者従業者又は介護者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、速やかにこれをいわき市に通報します。

#### 1 4. 業務継続計画の策定

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するため、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を実施します。
- (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。



# 個人情報使用同意書

私（ ）及びその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用する目的

利用者のための介護予防サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

### 2 使用する事業者の範囲

介護予防サービス計画に定められた指定事業者及び関係機関

### 3 使用する期間

令和 年 月 日から契約期間終了日まで

### 4 条件

- (1) 個人情報の提供は、必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

いわきゆったり館デイサービスセンター 管理者 殿

|       |       |
|-------|-------|
| 利 用 者 | 住 所   |
|       | 氏 名   |
| 利用者家族 | 住 所   |
|       | 氏 名   |
|       | (続柄 ) |