

# 指定通所介護及び第1号通所事業 重要事項説明書

<令和6年4月1日現在>

## 1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	あいケアステーション株式会社
(1) 代表者氏名	代表取締役 中川 博登
(2) 所在地	栃木県栃木市菌部町2丁目5番9号
(3) 電話番号	0282-23-6221

## 2. 事業所の概要

(1) 業所の名称	デイサービスセンターあいの杜とちぎ
(2) 事業所の所在地	栃木県栃木市新井町1005-1
(3) 電話番号	0282-20-7716
(4) FAX	0282-20-7726
(5) 管理者名	本間 広美
(6) 事業所の種類	指定通所介護事業所及び 第1号通所事業（通所介護相当サービス） （事業所番号 0970302113）
(7) 開設年月日	平成30年8月15日
(8) 利用者定員	30名

## 3. 当事業所の事業の目的及び運営方針

### (1) 事業の目的

当事業所が行う、指定通所介護及び第1号通所事業（通所介護相当サービス）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、介護支援に当たる従事者が要介護状態又は要支援状態又は事業対象者にある高齢者に対し、適正な介護サービスを提供することを目的とする。

### (2) 運営方針

従事者は利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活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回復維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

## 4. 営業時間及び事業実施地域

### (1) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（12/30～1/3 除く）
受付時間	月～土 8時30分～17時30分
サービス提供時間	月～土 9時15分～16時30分

- (2) 通常の事業実施地域  
栃木市、壬生町

## 5. 職員体制と職務内容

従業者の職種	人数	職務内容（資格）
管理者	1名	業務総括・苦情対応・職員指導
生活相談員	1名以上	調整全般・相談助言・介護業務・技術指導
介護職員	1名以上	日常介護業務・心身状況の把握
機能訓練員	1名以上	利用者の機能維持のための訓練等の実施・介護業務
看護職員	1名以上	サービス提供時間帯の利用者の健康管理・介護業務

## 6. サービスの内容

### (1) 送迎

- ・心身の状況に適した方法で、自宅から事業所間の送迎を行います。
- ・車椅子でも利用できるリフト付きの送迎車での対応も行います。

### (2) 健康状態の確認

- ・看護師により、利用日に体温・血圧等のバイタルチェックを行います。
- ・体調の変化がみられた際には、本人・家族・かかりつけ医と相談の上、本人に最善と思われる方法がとれるよう支援します。

### (3) 食事

- ・栄養並びに、利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事の提供を行います。

### (4) 入浴

- ・利用者の身体状況に応じた入浴を行います。
- ・健康状態によっては入浴をシャワー浴に変えて対応します。

### (5) 排泄

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についての適切な援助を行います。
- ・おむつを使用する方に対しては、必要に応じた随時のおむつ交換を行います。

### (6) 機能訓練

- ・看護師による利用者の身体状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。できるだけお客様ご自身で行っていただき、在宅での生活維持に努められるよう配慮します。

(6) レク・行事

- ・年間行事に沿って各種レクリエーション行事等を企画していきます。

(7) 相談及び援助

- ・利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談援助を行います。

7. 利用料金

(1) 指定通所介護利用料

介護保険適用時の1日あたりの自己負担額

(通所介護費) 地域区分 7級地 (1単位/10.14円)

サービス提供時間 事業所区分 要介護度	7時間以上8時間未満				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	658	6,672円	668円	1,336円	2,004円
要介護2	777	7,878円	788円	1,576円	2,364円
要介護3	900	9,126円	913円	1,826円	2,739円
要介護4	1,023	10,373円	1,038円	2,076円	3,114円
要介護5	1,148	11,640円	1,164円	2,328円	3,492円

(加算料金) 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56	567円	56円	112円	168円	1日につき
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76	770円	77円	154円	231円	1日につき
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20	202円	20円	40円	60円	1月につき
中重度者ケア体制加算	45	456円	45円	90円	135円	1日につき
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1521円	153円	306円	459円	1月2回まで
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	60円	6円	12円	18円	1日につき
科学的介護推進体制加算	40	405円	40円	80円	120円	1月につき

(2) 第1号通所事業(通所型サービス)利用料

事業所区分	基本単位	利用料	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	1,798	18,231円	1,824円	3,648円	5,472円
事業対象者・要支援2	3,621	36,716円	3,672円	7,344円	11,016円

(加算料金)以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
要支援1・サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	24	243円	25円	49円	73円	1月につき
要支援2・サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	48	486円	49円	98円	146円	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1521円	153円	306円	459円	1月につき
科学的介護推進体制加算	40	405円	40円	80円	120円	1月につき

※ 介護職員処遇改善加算Ⅰ

(所定単位数に1000分の59に相当する単位数を加算します)

※ 介護職員特定処遇改善加算Ⅱ

(所定単位数に1000分の10に相当する単位数を加算します)

※ 介護職員等ベースアップ等支援加算(所定単位数に1000分の11に相当する単位数を加算します)

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせて、利用者の負担の額を変更します。その場合には、必ず事前に連絡いたします。

(4) 介護保険給付対象とならないサービス

① 園外活動	入園料等の負担をしていただくこともあります。
② 複写物の交付	利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
③ レクリエーション費用	利用者のご希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。
④ 日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくのが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。洗濯代：200円 おむつ代：150円 パッド代：100円

(5) 利用料等のお支払い方法

毎月、10日以降に前月分の請求をいたしますので、基本的に口座引き落としの手続きをお願いしております。そちらが難しい方は、25日までに現金支払い又は下記口座にお振込みの方法でお支払い下さい。

足利銀行 栃木西支店

普通預金口座 (口座番号 5027415)

口座名義 あいケアステーション株式会社

代表取締役 中川 博登

※ お支払い確認後、領収書発行いたします。

#### 8. 身体拘束の禁止について

利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するために「緊急やむを得ない場合」を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態、日時、その際の利用者の心身の状況、または緊急やむを得なかった事由を記録し、保存します。

#### 9. 守秘義務について

事業者、サービス従事者、職員は、業務上知り得た利用者またはその家族に関する事項を、正当な理由なく、他のサービス従事者や職員等に漏洩しません。

#### 10. 情報の提供について

当事業者が、利用者の情報を他機関に提供する場合は以下のとおりです。

- (1) 利用者に医療上または介護上、緊急の必要性がある場合には、介護支援専門員や他医療機関等に利用者の心身に関する情報を提供することがあります。
- (2) 利用者が利用を中止する場合、中止するための援助について他医療機関等に情報を提供する必要があると認められる場合には、あらかじめ文書で利用者の同意を得るものとします。

#### 11. 緊急時の対応

容態急変時・事故発生時等の対応については以下のとおりです。

- (1) 利用者の容態が急変した場合は、利用者の緊急時連絡先に指定されている方、担当の介護支援専門員等へ連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、利用者のご家族等や関係市町村へ速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 事故発生時における、職員の対応方針を定めた事故対応マニュアルを整備し、職員に徹底いたします。

事業所は、下記の損害賠償保険に加入しております。

保険会社	日新火災海上保険株式会社
保険名	総合賠償保険保障
保険の概要	事業所が所有、私用又は管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者の身体障害や財物損壊等が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償として

## 12. 非常災害対策について

施設の消防計画書に基づき訓練計画を立て、火災・地震等の非常災害に備えるため定期的に避難・誘導・救出その他の訓練を行います。

## 13. サービス利用にあたっての留意事項

### (1) 送迎時間

何らかの理由で送迎時間の変動があった場合は、速やかに連絡いたしますが、利用日は準備を早めをお願いします。

### (2) 体調確認

風邪、病気の等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

### (3) 設備・器具の利用

施設内の設備や器具は、本来の用途にしたがってご利用ください。

### (4) 連絡先の変更

緊急時に連絡が取れるように、連絡先の変更があった場合には、速やかにお知らせください。

## 14. 苦情等の受付について

### (1) サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 本間 広美 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話 (0282-20-7716) 面接 (当事業所相談室)
-------------	--

### (2) 第三者委員

第三者委員	藤沼 和美
電話	0282-22-1914

### (3) 行政の苦情相談窓口

介護相談窓口	電話
栃木市役所 地域包括ケア推進課	0282-21-2251
小山市役所 高齢生きがい課	0285-22-9541
壬生町役場 健康福祉課	0282-81-1830
栃木県国民健康保険団体連合会	028-643-2220
栃木県運営適正化委員会 (栃木県社会福祉協議会内)	028-622-2941

## 個人情報の使用に関する同意書

私及び下記の者と、あいケアステーション株式会社(デイサービスセンターあいの杜とちぎ)との間の介護保険法に基づく介護サービス利用契約書10条の秘密保持に関し、あいケアステーション株式会社がサービス担当者会議等において、私及び下記の者の個人情報を、契約の期間中用いることに同意します。

### 1. 使用する用途

- (1) 円滑にサービス提供する為実施される、サービス提供者会議に関する事項。
- (2) 介護支援専門員など関連機関との連絡調整に必要な事項。
- (3) 医療上緊急の必要がある場合に医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供事項。
- (4) 緊急時下での行政機関等への情報開示が必要になった場合の事項。

### 2. 使用する事業者の範囲

かかりつけ等の医療機関、行政機関、居宅介護支援事業者。

### 3. 使用する期間

契約書に基づく契約開始日より契約終了日まで。

### 4. 使用条件

- (1) 個人情報の提供については必要最低限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないようにする。
- (2) 個人情報を提供した会議、相手方、内容等の経過を記録し、請求があれば開示する。

### 5. 肖像権について

当施設のホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、利用者の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして、以下に○をご記入ください。

ホームページ	パンフレット	社内研修	掲示物	広報誌
可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可



指定通所介護及び第1号通所事業（通所介護相当サービス）の利用にあたり、本書面に  
基づいて重要事項と同意書の説明を行いました。

事業者          あいケアステーション株式会社  
事業所名        デイサービスセンターあいの杜とちぎ  
代表者          代表取締役 中川 博登  
説明者

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項と同意書の説明を受け、指定通所介護及び  
第1号通所事業（通所介護相当サービス）の提供開始に同意しました。

上記の同意を証するため、重要事項説明書と同意書に署名の上、2通作成し1通受領いた  
しました。

令和      年      月      日

利用者    住所

\_\_\_\_\_

氏名

(本人署名)

\_\_\_\_\_

代理人    住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

※代理人署名の場合、利用者の住所氏名もご記入ください。