

通所介護及び介護予防通所介護

日常生活支援総合事業通所事業

重要事項説明書

1 デイサービスセンター ほのぼの の概要

(1) 事業所の概要

施設名	デイサービスセンター ほのぼの
所在地	青森県上北郡六戸町小松ヶ丘四丁目77番787
電話番号	0176-58-5888
FAX番号	0176-50-1090
事業所番号	通所介護 (指定事業所番号 0272502014) 介護予防通所介護 (指定事業所番号 0272502014)
サービスを提供できる地域※	六戸町、おいらせ町、東北町、三沢市、十和田市

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当施設の職員体制

職 名	資 格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者		1名	名	1名	1名	介護従事者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士他	3名	1名	4名	4名	
機能訓練指導員 兼 看護職員	作業療法士	1名	名	名	1名	
	准看護師	名	2名	2名	2名	
介護従事者	介護福祉士	2名	1名	3名	3名	入浴・排泄・食事等生活全般に係る援助
	介護職員初任者研修	3名	2名	1名	5名	
	その他	0名	3名	名	3名	
合 計		6名	9名	—	15名	—
職員の勤務形態		生活相談員 8時30分～17時30分 看護師 8時30分～17時30分 介護職員 8時30分～17時30分				

(3) 当事業所の設備の概要

定 員	25 人	浴室1	一般浴槽室 4.14 m ²
食堂兼 機能訓練室	51.28 m ²	浴室2	一般浴槽室 3.78 m ²
		介護浴室	介護浴室 4.62 m ²
機能訓練室2	19.87 m ²	相談室	8.79 m ²
機能訓練室3	41.49 m ²	送迎車	4台
事務室	8.79 m ²	その他	
静養室	19.87 m ²		

(4) サービスの提供時間帯

	営業時間	サービス提供時間
日～土曜日	午前8時30分～午後5時30分	午前9時～午後4時15分
休業日	12/31～1/2	12/31～1/2

2 当事業所の特徴等

(1) 運営の方針

ご自宅での生活の延長として、社会性を失わず利用いただけるよう、又機能の低下を防ぐため生活の中での機能訓練に努めます

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
介護職員	1名につき
従業員への研修の実施	月1回の施設内研修・年1回の施設外の研修を実施します
サービスマニュアル	お客様の状態把握に努め、できるだけその方にあったサービスを提供します
その他	

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

送迎時間の連絡	前日17時までに連絡いたします
体調確認	前日17時までに確認いたします
体調不良等によるサービスの中止・変更	前日17時までに
食事のキャンセル	前日17時までに
時間変更	前日17時までに
設備、器具の利用	ご自由に利用いただきます

3 サービスの内容

- ① 送 迎 時間外でも送迎いたします
- ② 食 事 その方の状況に応じて提供します
- ③ 入 浴 利用者に応じたサービスをいたします
- ④ 機能訓練 生活の中での機能訓練をいたします
- ⑤ 生活相談 ご自由にご相談ください

4 利用料金

(1) 利用料

①通所介護

ア 通所介護利用料（通所介護費：サービス提供時間 9時00分～16時15分）7時間以上8時間未満

	1日当たりの 利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		(1 割)	(2 割)	(3 割)
要介護度1	6,580円	658円	1,316円	1,974円
要介護度2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
要介護度3	9,000円	900円	1,800円	2,700円
要介護度4	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
要介護度5	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

イ 付加サービスの利用料

	利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
		(1 割)	(2 割)	(3 割)
入浴介助加算Ⅱ	550円/1日につき	55円/1日につき	110円/1日につき	165円/1日につき
(入浴介助加算Ⅰ)	400円/1日につき	40円/1日につき	80円/1日につき	120円/1日につき
個別機能訓練加算	560円/1日につき	56円/1日につき	112円/1日につき	168円/1日につき
中重度ケア体制加算	450円/1日につき	45円/1日につき	90円/1日につき	135円/1日につき
科学的介護 推進体制加算	400円/1月につき	40円/1月につき	80円/1月につき	120円/1月につき
認知症加算 (対象の方のみ)	600円/1日につき	60円/1日につき	120円/1日につき	180円/1日につき
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ口)	所定単位数(※)×11・8%			

※1：所定単位数は、基本料金に各種加算減算を加えた総単位数を指します。

※2：3%加算及び規模区分の特例の算定：感染症又は災害の発生を理由として、前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、事前に通知の上で基本料金の3%の加算を行います。

ウ 食費・嗜好品代 700円/1日

(食事について特別な配慮が必要な方は、食費同等の実費を頂戴致します。)

(昼食のご利用がない場合はおやつ嗜好品代として150円頂戴致します。)

エ 時間外サービス

お客様のご事情により、介護保険の適用の時間をこえてサービスの提供が必要な場合は、1時間あたり1,500円をご負担していただくことになります。

オ その他の費用

おむつ代	実費	
日常生活費	歯ブラシなど	実 費
	教養娯楽費＊	５０円／日

＊利用者の希望する行事やレクの材料費となります

② 介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護

ア 介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護利用料

三 沢 市 おいらせ町 六 戸 町	１月当たりの利用料金	介護保険適用時の１月当たりの自己負担額		
		(１ 割)	(２ 割)	(３ 割)
要支援１ 事業対象(週１)	１７，９８０円	１，７９８円	３，５９６円	５，３９４円
要支援２ 事業対象(週２)	３６，２１０円	３，６２１円	７，２４２円	１０，８６３ 円
通所型サービスＡ（六戸 町）	２，８００円	４００円	８００円	１，２００ 円

イ 付加サービスの利用料

三 沢 市 おいらせ町 六 戸 町	利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
		(１ 割)	(２ 割)	(３ 割)
一体的サービス提供加算	４，８００円	４８０円	９６０円	１，４４０円
科学的介護推進体制加算	４００円	４０円	８０円	１２０円
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数（※）×１１・８％			

※１、※２ 共に通所介護と同様です。

ウ 食費、時間外サービス、その他費用は、通所介護利用料と同様です。

（２）料金の支払方法

毎月、１５日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払方法は、口座振替、現金集金の２通りございます。

５ サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

まずは、お電話でお申込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に

介護支援専門員又は地域包括支援センターにご相談ください。

(2) サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する当日までにお申し出ください。

イ 当事業所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が、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客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が、非該当(自立)と認定された場合。

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・お客様が亡くなられた場合。

エ その他

- ・お客様やご家族様などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合や、ハラスメント行為などにより通常の業務遂行に支障が出ていると判断した場合には、介護福祉課及び包括支援センターに相談をしたうえで、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。ハラスメント行為に関しては別紙をご参照下さい。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者 藤岡 律子

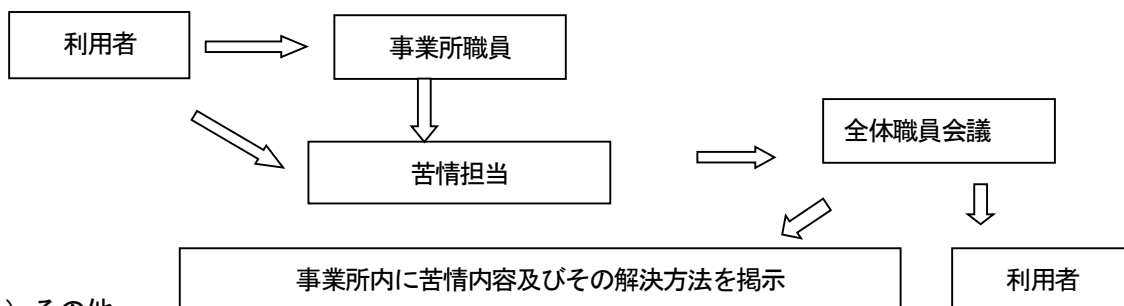
電話 0176-58-5888 FAX 0176-50-1090

受付日 年中(ただし、12月31日～1月2日を除く)

受付時間 午前8時30分～午後5時30分

(2) 苦情処理体制

苦情処理フロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 六戸町役場町民福祉課 0176-55-4492

おいらせ町役場介護福祉課 0178-56-4705

東北町役場福祉課分室 0176-56-2439

三沢市役所介護福祉課 0176-51-8773

十和田市高齢介護課高齢者支援係 0176-51-6720

イ 青森県国民健康保険団体連合会 017-723-1336

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体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、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	病院名	(科)		
	(氏名)		電話番号	
ご家族様	①		電話番号	
ご家族様	②		電話番号	

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。(当事業所は、日本興亜損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。)

9 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

10 虐待の防止のための措置について

当該事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講ずる。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従事者に十分に周知する。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) (1) ～ (3) を適切に実施するための専任の担当者を配置する。

11 業務継続計画について

- (1) 当該事業所は、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の、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画（以下業務継続計画という）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講ずるものとする。
- (2) 当該事業所は、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実施するものとする。
- (3) 当該事業所は定期的に、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うものとする。

通所介護事業所よりお願い

利用者・家族との信頼関係のもとに、安心安全な環境で質の高いケアを提供できるよう以下の点についてご協力ください。

○職員に対する金品等の心付けはお断りしています。職員がお茶やお菓子、お礼の品物などを受け取ることも事業所として禁止しております。また金品・貴重品の管理にご協力ください。

○ペットをゲージに入れる、リードにつなぐ、などの協力をお願いします。大切なペットを守るため、また職員が安全なケアを行うためにも、訪問中や送迎中はリードをつけていただくか、ゲージや居室以外の部屋へ保護するなど配慮をお願いします。職員がペットに噛まれた場合、治療費等のご相談をさせて頂く場合がございます。

○職員への次のようなハラスメントは固くお断りします。ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。当施設の快適性、安全性を確保し、信頼関係を気づくためにも、ご協力をお願いします。

- 1、身体的暴力…身体的な力を使って危害を及ぼす行為
例：コップを投げつける。たたく。唾を吐く。など
- 2、精神的暴力…個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。
例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。など
- 3、セクシャルハラスメント…意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的嫌がらせ行為
例：必要もなく手や腕をさわる。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。など

○介護保険上に定められたサービス以外はお引き受けできません。サービスの提供範囲にご理解ください。

令和 8 年 ○月 ○日

通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基
づいて、重要な事項を説明しました。

事業所所在地 青森県上北郡六戸町小松ヶ丘四丁目 7 7 番 7 8 7
名 称 社会福祉法人 希望 デイサービスセンターほのぼの

説明者氏名 藤岡 律子 印

私は、本書面により、事業者から通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業通所介護についての重要事
項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。(契約時におい
て判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。尚、身元引受人の債務についての極度
額は 100 万円とします。

住所

氏名 印

ご利用者との関係 (○印)

親族 (: 続柄) ・ 成年後見人 ・ 代理人

* 確認資料を見せて頂く場合がございます。あらかじめご了承ください。

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターと介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- (4) 介護サービスの質の向上のための施設職員及び実習生の教育に必要な場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 8 年 ○月 ○日

デイサービスセンター ほのぼの 殿

利用者 住所

氏名

印

（家族） 住所

氏名

印