

「介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業」重要事項説明書

～介護予防通所介護～

社会福祉法人 千賀の浦福祉会
塩竈市清水沢デイサービスセンター

当事業所は塩竈市・の指定を受けています。
介護予防通所介護相当サービス
(塩竈市・利府町指定 第0470300104号)

当事業所はご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業、通所介護サービスを提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 職員の配置状況	2
4. 当該事業所が提供するサービスと利用料金	3
5. 事業所の義務	5
6. 契約者の義務	6
7. 損害賠償について	7
8. 事故・緊急時等における対応方法	7
9. 送迎前後の事故及び怪我等の責任	7
10. 個人情報の利用目的についての同意	7
11. 苦情の受付について	7

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 千賀の浦福祉会
(2) 法人所在地 宮城県多賀城市高橋四丁目24番1号
(3) 電話番号 022-309-7288
(4) 代表者氏名 理事長 平 正美
(5) 設立年月 昭和61年7月25日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類
○介護予防・日常生活総合事業第1号事業（平成30年4月1日指定）
○事業所番号：塩竈市・利府町 第0470300104号
- (2) 事業所の目的
当事業所は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称・所在地・電話番号
塩竈市清水沢デイサービスセンター
〔塩竈市清水沢1丁目12番2号 / TEL022-364-4400〕
- (4) 事業所長（管理者） 〔所 長〕 阿部 陽子
- (5) 当事業所の運営方針
高齢者が介護状態となることを予防するとともに可能な限り地域において自立した日常生活を営むことのできるよう、利用者の心身機能の改善、環境調整を通じて利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービスの提供をします。
- (6) 開設（サービス開始） 平成18年4月1日
- (7) 通常の事業の実施地域 塩竈市・利府町
- (8) 営業日及び営業時間
営 業 日 月曜日 ～ 土曜日
営 業 時 間 8時15分～17時15分
サービス提供時間 9時15分～16時30分
- (9) 休 業 日曜日、年末年始(12/31～1/3)
- (10) 利用定員 月曜日 ～ 土曜日 40名

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	1. 事業所長（管理者）	1名	
	2. 介護職員	利用者の数が15人までの場合にあっては1以上、15人を超える場合にあっては、15人を超える部分の数を5で除して得た数に1を加えた数以上	
	3. 生活相談員	1名以上	
	4. 看護師又は看護職員	1名以上	機能訓練指導員兼務
	5. 機能訓練指導員	1名	
	6. その他の職員	必要数	

4. 当該事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについては

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（負担割合証に応じ、9割から7割のいずれか）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①日常生活支援

当事業所では日常生活動作の程度によって、身体の介護に関する必要な支援及びサービスを提供します。

②入浴

大浴槽と特殊浴槽（機械浴）の異なる2種類の浴槽を活用し、ゆったりと入浴していただきます。入浴が不可能な場合は、シャワー浴または清拭で対応します。

③送迎

車いす用リフト付き車両、又は乗用車でご契約者の自宅まで送迎いたします。

④排泄

排泄の介助および支援を行います。

⑤生活リハビリ（機能回復訓練）

ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を実施します。（レクリエーション等を含む。）

『介護予防通所介護費（ひと月あたりの単位）』

		事業対象・要支援1	事業対象・要支援2
通所型サービス費 （自治体の条例に基づき、 月か回数での請求）	月	1,798	3,621
	回数	436（1回につき） 1月につき5回を限度	447（1回につき） 1月につき9回を限度
サービス提供体制強化加算 【Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのいずれかが 加算されます】	(Ⅰ)	88	176
		（介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上 もしくは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上）	
	(Ⅱ)	72	144
		介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上	
(Ⅲ)	24	48	
	（介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が40%以上 もしくは勤続7年以上の介護職員が30%以上）		
介護職員処遇改善加算 【Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳのいずれ かが加算されます】	(Ⅰ)	所定単位数の9.2%	
	(Ⅱ)	所定単位数の9.0%	
	(Ⅲ)	所定単位数の8.0%	
	(Ⅳ)	所定単位数の6.4%	

☆料金表の記載は〔単位〕の表記になっております。ひと月あたりの自己負担額〔円〕は（単位×10.27円）にて計算を行います。

☆ご契約者が要介護認定を受けている場合には、負担割合証に応じ、サービス利用料金の1割から3割のいずれかをお支払いいただきます。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合はご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食費について

ご契約者に提供する食事の費用です。

項 目	金額（円／1食あたり）
食 費	700円

②介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービスの利用料金の全額がご契約者の負担となります。

③レクリエーションやクラブ活動

ご契約者の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。材料代等：実費をいただく場合があります。

④複写物の交付

ご契約者は、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く場合があります。

⑤日常生活上、必要となる諸費

日常生活品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担していただく場合があります。おむつ代等：実費を徴収

⑥通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、実費をいただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1),(2)の料金は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払い下さい。

支払方法	支払要件等
口座引落とし	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直前の平日）にご契約者が指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した翌月に請求書をお渡ししますので、その後10日以内を目安に現金でお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、若しくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の100 % (自己負担相当額)

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

5. 事業所の義務

(1) 事業所および職員の義務（契約書第9条参照）

- 事業所及び職員は、ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ご契約者の体調・健康状態により必要な場合には主治医及び家族と連携し、サービスを提供します
- ご契約者に対するサービスの提供記録を作成し、それを5年間保管し、ご契約者もしくはその代理人の請求に応じて閲覧または、複写物を交付します。

(2) 守秘義務等（契約書第10条参照）

- 事業所及び職員は、サービスを提供する上で知り得たご契約者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約および職員の雇用契約が終了した後も継続します。
- ご契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に心身等の情報を提供します。
- ご契約者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図る等正当な理由がある場合には、ご契約者の事前の同意を得た上で、ご契約者又はその家族等の個人情報を提供します。

(3) 衛生管理等（契約書第11条参照）

- ご契約者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。
 - ①感染症の予防及びまん延の防止対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員へ周知徹底を図ります。
 - ②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。
 - ③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。

(4) 非常災害対策（契約書第12条参照）

- 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

(5) 虐待防止に向けた体制等（契約書第13条参照）

- 高齢者虐待の発生又はその再発を防止するため、管理者を専任の担当者とします。
- 事業所に虐待防止検討委員会を設けます。その責任者は、管理者とします。
- 虐待防止検討委員会は、職員への研修の内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談及び苦情解決体制の整備、虐待を把握した際の通知、虐待発生時の再発防止策の検討、成年後見制度の利用支援等を行います。

○職員は、年1回以上、虐待発生の防止に向けた研修を受講します。

○虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、管理者は速やかに市町村等関係者に報告を行い事実確認のために協力します。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待防止検討委員会にて協議し、その内容について、職員に周知するとともに、市町村等関係者に報告を行い、再発防止に努めます。

(6) 身体拘束等の原則禁止（契約書第14条参照）

○当事業所では、サービスの提供にあたって、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため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（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

○やむを得ず身体拘束を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載した記録を作成します。

(7) ハラスメント対策の強化に関する事項（契約書第15条参照）

○事業所において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

(8) 業務継続計画の策定等（契約書第16条参照）

○感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、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「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じます。

○職員に対し、業務継続計画を周知し、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(9) 職員の研修制度（契約書第17条参照）

○事業所は、全ての職員に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させます。また、職員の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務の執行体制についても検証、整備します。

①採用時研修 採用後3ヶ月以内

②継続研修 年1回

6. 契約者の義務（契約書第18・19条参照）

○契約者は、事業所の施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい

○契約者が、事業所の施設、設備について故意又は重大な過失により滅却、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により現状に回復するか、相当の代価を支払っていただきます。

○契約者の心身の状況により特段の配慮が必要な場合には、契約者及びその家族等と事業所との協議により、施設、設備の利用方法を決定出来るものとします。

○契約者は、サービスを利用するにあたり、次の行為を行ってはなりません。

・決められた場所以外での喫煙

・職員又は他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教、政治、営利活動

7. 損害賠償について（契約書第20条参照）

当該事業所において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業所の損害賠償責任を減ずる場合があります。

8. 事故・緊急時等における対応方法（契約書第29条参照）

サービス提供中に事故や緊急時が発生した場合は、次のとおり対応します。

- ① サービス提供中にご契約者に事故や突然身体等の急変が生じた場合は看護師による応急処置を講じるとともに、主治医などと連絡をとりながら、病院緊急搬送等必要な措置を講じます。
また、直ちにご家族と連絡をとり事故内容や症状などの報告をします。
- ② ご契約者が、車両乗車中に交通事故が発生した場合は、事業所に事故内容を通報するとともに警察及び救急車の要請の有無についても報告します。また、事業所が必要と判断した場合、関係施設内の看護師等の応援職員を現場に派遣し、必要な措置を講じます。
- ③ 上記の事故等が発生した場合は、速やかに該当する市町村の関係課に連絡をとり、必要な措置を講じます。

9. 送迎前後の事故及び怪我等の責任

やむを得ずご家族が不在な場合であっても、お迎えに伺う前およびお送りした後のご自宅での事故、怪我等については当事業所では一切責任は負いません。

10. 個人情報の利用目的について

個人情報については、社会福祉法人千賀の浦福祉会個人情報保護規定、別紙「個人情報の利用目的」に基づき、取り扱います。

11. 苦情の受付について（契約書第24条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職氏名〕 生活相談員 佐藤 和也

○受付時間

毎週月曜日～土曜日 9：00～17：00

○苦情解決責任者

〔職氏名〕 所長兼生活相談員 阿部 陽子

また、苦情受付ボックスを入り口カウンターに設置しています。

(2) 当法人における苦情の受付

当法人においては、苦情解決体制として以下の第三者委員5名を選任し、上記受付窓口以外でも対応しております。直接でもかまいませんので申し出てください。

第三者委員氏名	住 所	電話番号
佐々木 和 夫	塩竈市字伊保石341番3	022-367-4075
大 倉 克 志	多賀城市鶴ヶ谷二丁目36番10号	022-364-7217
佐 藤 笑 子	七ヶ浜町境山二丁目21番27号	022-365-7540
安 住 敦 子	東松島市小野字中央30番地の20	025-87-2456

(3) 行政機関その他苦情受付機関

国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係	所在地 宮城県仙台市青葉区上杉1丁目2番3号 電話番号 022-222-7700 受付時間 8:30~17:00
宮城県社会福祉協議会 福祉サービス利用に関する 運営適正化委員会	所在地 宮城県仙台市青葉区本町3丁目7番4号 電話番号 022-716-9674 受付時間 8:30~17:00
多賀城市保健福祉部 介護・障害福祉課 介護保険係	所在地 宮城県多賀城市中央2丁目1番1号 電話番号 022-368-1141 受付時間 8:30~17:00
塩竈市福祉子ども未来部 高齢福祉課 介護保険係	所在地 宮城県塩竈市本町1番1号 電話番号 022-364-1204 受付時間 8:30~17:00
七ヶ浜町長寿社会課 介護保険係	所在地 宮城県宮城郡七ヶ浜町東宮浜字丑谷辺5番地の1 電話番号 022-357-7447 受付時間 8:30~17:30
利府町保健福祉部 地域福祉課 介護保険係	所在地 宮城県宮城郡利府町利府字新並松4番地 電話番号 022-767-2198 受付時間 8:30~17:00
松島町健康長寿課 高齢者支援班	所在地 宮城県宮城郡松島町高城字町10番地 電話番号 022-355-0677 受付時間 8:30~17:00
宮城野区役所障害高齢課 介護保険係	所在地 宮城県仙台市宮城野区五輪2丁目12番35号 電話番号 022-291-2111 受付時間 8:30~17:00

令和 8年 1月 16日

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業サービスの提供の開始に際し、
本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

塩竈市清水沢デイサービスセンター

説明者職名 生活相談員

説明者氏名 佐藤 和也 印

上記内容の説明を確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の
の交付を受けました。

利用者住所 塩竈市

ご契約者氏名 _____ 印

代理者氏名 _____ 印
(家族等)