

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

介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）の提供開始にあたり、酒田市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に基づいて、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者（法人）概要

法人名称	庄内福祉会
主たる事務所の所在地	山形県酒田市宮海字林内 23 番地
法人種別	社会福祉法人
代表者（職・氏名）	理事長 根岸 捷彦
設立年月日	平成 17 年 10 月 18 日
電話番号	0234-33-1150
FAX 番号	0234-33-1160
ホームページアドレス	http://www.hodumi.info/

2. ご利用事務所

ご利用事務所の名称	在宅介護複合施設ほづみ通所介護事業所	
事業所の種類・指定番号	第 1 号通所事業	
所在地	山形県酒田市宮海字林内 23 番地	
電話番号	0234-33-1151	
FAX 番号	0234-33-1160	
指定年月日	平成 29 年 4 月 1 日	
管理者の氏名	伊藤 美香	
実施単位・利用定員	1 単位	定員 24 人
通常の事業の実施地域	酒田市	

3. 事業の目的と運営方針

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、第 1 号通所事業を提供する事を目的としています。
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。

4. 提供するサービスの内容

第 1 号通所事業は、事業者が設置する事業所に通っていただき、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、利用者的心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業時間

営業日	月曜から土曜日まで ただし、1 月 1 日から 1 月 2 日を除きます。
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで
サービス提供時間	午前 9 時から午後 3 時 30 分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤兼務 1 人
生活相談員	常勤兼務 2 人
看護職員	常勤兼務 1 人、非常勤兼務 1 人
介護職員	常勤専従 2 人、常勤兼務 2 人、非常勤専従 2 人
機能訓練指導員	常勤兼務 1 人、非常勤兼務 1 人

7. 利用料

サービスを利用した場合の利用料は次のとおりであり、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に応じた利用料の 1 割又は 2 割の額です。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）介護保険の適用を受けるサービス

① 緩和した基準によるサービス(A型)1ヶ月あたりの利用料

区分	対象者	利用料金 1回あたり	利用回数	算定単位	自己負担
通所型独自サービス1	事業対象者、要支援1・2	3,780円	月5回まで	1回につき	567円
通所型独自サービス1虐待防止未実施の場合		3,740円			561円
通所型独自サービス1業務継続計画未作成等の場合		3,740円			561円
通所型独自サービス1送迎なし(片道)		3,310円			496円
通所型独自サービス1送迎なし(往復)		2,840円			426円
通所型独自サービス2	事業対象者、要支援2	3,830円	月6~10回まで	1回につき	574円
通所型独自サービス2虐待防止未実施の場合		3,790円			568円
通所型独自サービス2業務継続計画未作成等の場合		3,790円			568円
通所型独自サービス2送迎なし(片道)		3,360円			504円
通所型独自サービス2送迎なし(往復)		2,890円			433円
若年性認知症受入加算		2,400円	—	1ヶ月定額	240円
生活機能向上グループ活動加算		1,000円	—	1ヶ月定額	100円
一体的サービス提供加算		4,800円	—	1ヶ月定額	480円
栄養改善加算		1,500円	—	1ヶ月定額	150円
口腔機能向上加算		1,500円	—	1ヶ月定額	150円
介護職員処遇改善加算1		260円	月5回まで	1回につき	26円
介護職員処遇改善加算2		260円	月6~10回まで	1回につき	26円

※加算につきましては、要件を満たした場合に算定されます。

② 高額所得者の場合(2倍)

区分	対象者	利用料金 1回あたり	利用回数	算定単位	自己負担
通所型独自サービス1	事業対象者、要支援1・2	3,780円	月5回まで	1回につき	1,134円
通所型独自サービス1虐待防止未実施の場合		3,740円			1,122円
通所型独自サービス1業務継続計画未作成等の場合		3,740円			1,122円
通所型独自サービス1送迎なし(片道)		3,310円			993円
通所型独自サービス1送迎なし(往復)		2,840円			852円
通所型独自サービス2	事業対象者、要支援2	3,830円	月6~10回まで	1回につき	1,149円
通所型独自サービス2虐待防止未実施の場合		3,790円			1,137円
通所型独自サービス2業務継続計画未作成等の場合		3,790円			1,137円
通所型独自サービス2送迎なし(片道)		3,360円			1,008円
通所型独自サービス2送迎なし(往復)		2,890円			867円
若年性認知症受入加算		2,400円	—	1ヶ月定額	480円
生活機能向上グループ活動加算		1,000円	—	1ヶ月定額	200円
一体的サービス提供加算		4,800円	—	1ヶ月定額	960円
栄養改善加算		2,000円	—	1ヶ月定額	400円
口腔機能向上加算		1,500円	—	1ヶ月定額	300円
介護職員処遇改善加算1		260円	月5回まで	1回につき	52円
介護職員処遇改善加算2		260円	月6~10回まで	1回につき	52円

③ 高額所得者の場合(3倍)

区分	対象者	利用料金 1回あたり	利用回数	算定単位	自己負担
通所型独自サービス1	事業対象者、要支援1・2	3,780円	月5回まで	1回につき	1,701円
通所型独自サービス1虐待防止未実施の場合		3,740円			1,683円
通所型独自サービス1業務継続計画未作成等の場合		3,740円			1,683円
通所型独自サービス1送迎なし(片道)		3,310円			1,489円
通所型独自サービス1送迎なし(往復)		2,840円			1,278円
通所型独自サービス2	事業対象者、要支援2	3,830円	月6~10回まで	1回につき	1,723円
通所型独自サービス2虐待防止未実施の場合		3,790円			1,705円
通所型独自サービス2業務継続計画未作成等の場合		3,790円			1,705円
通所型独自サービス2送迎なし(片道)		3,360円			1,512円
通所型独自サービス2送迎なし(往復)		2,890円			1,300円
若年性認知症受入加算		2,400円	—	1ヶ月定額	720円
生活機能向上グループ活動加算		1,000円	—	1ヶ月定額	300円
一体的サービス提供加算		4,800円	—	1ヶ月定額	1,440円

栄養改善加算	2,000 円	—	1ヶ月定額	600 円
口腔機能向上加算	1,500 円	—	1ヶ月定額	450 円
介護職員処遇改善加算 1	260 円	月 5 回まで	1回につき	78 円
介護職員処遇改善加算 2	260 円	月 6~10 回まで	1回につき	78 円

(2) 介護保険の適用を受けないサービス

- ①介護保険の支給限度額を超えるサービス
利用料は利用者の全額自己負担となります。

②入浴に係る費用

緩和した基準によるサービスにおいては、入浴に係る費用（350円）については全額自己負担となります。

(3) その他の費用

① 交通費

通常の実施地域外への送迎については、1回につき500円とします。（通常の実施地域：酒田市）

② 食費

昼食をご希望の場合は、1食あたり750円にて御提供致します。

③ 行事代（レクリエーション費用）等は別途自己負担となります。

(4) キャンセル代

昼食をご注文いただいている場合のキャンセルにつきましては、前日17時までにご連絡をお願い致します。17時以降のキャンセルにつきましては、キャンセル代として昼食の実費分として750円をご負担いただきます。

(5) 支払方法

自己負担金は次のいずれかの方法によりお支払い頂きますようお願いします。

- ① 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします）
- ② 現金払い（ご利用日にお支払いください。また、集金にお伺いする事も可能です）
- ③ 銀行振込（当法人お指定の口座にお振込み願います。手数料は利用者負担となります）

8. 苦情の受付について

当事業所における苦情は下記の窓口にて受け付けます。

① 苦情受付窓口（担当者）

氏名 伊藤美香 菅由香 進藤久美

② 苦情受付時間

月曜日～土曜日 午前8：30～午後5：30

また、行政機関においても苦情を受け付けしております。

酒田市役所	介護保険課	TEL 0234-26-5363
国民健康保険団体連合会	介護保険課	TEL 0237-87-8006

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先へも連絡します。

10. 事故発生時の対応について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

11. 契約の解除について

暴言、暴力、ハラスメント等により、サービスの中止や契約を解除する場合があります。信頼関係を築く為にもご協力をお願いします。

※具体例として

- ①物を投げつけたり、叩く蹴るなどの暴力行為等
- ②怒鳴る、奇声、大声を発するなど
- ③身体を触る、腕を引っ張り抱きしめる、卑猥な言動などのハラスメント行為

12. 損害賠償保険への加入

事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合にはその損害を賠償します。

但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

（事業者は万一の事故に備えて、損害賠償責任保険に加入しています。）

本重要事項説明書は令和7年12月1日より施行する。

令和 年 月 日

当事業者は通所型サービスの提供に際し本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

[事業者]

所 在 地 〒998-0005 酒田市宮海字林内23番地
法 人 名 社会福祉法人庄内福祉会

代表者名 理事長 根岸 捷彦 印 _____

[事業所]

所 在 地 〒998-0005 酒田市宮海字林内23番地
事業所名 在宅介護複合施設ほづみ通所介護事業所

説 明 者 職 名 _____

氏 名 _____

私は、本書面に基づき事業所から重要事項の説明を受け承し、通所型サービスの提供開始に同意致します。

[利用者]

住 所 _____

氏 名 _____

[代理人]

住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄 _____

代理人が署名捺印する理由
