

ひだまりデイサービスセンター 重要事項説明書

(指定通所介護サービス・第一号通所事業)

令和7年4月1日

ひだまりデイサービスセンターは、以下、事業所と表現します。

当事業所は、利用者に対して指定通所介護サービス・第一号通所事業サービスを提供します。

当事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上注意いただきたいことについて次の通り説明いたします。

なお、当事業所は介護保険の指定を受けております。

(秋田市指定第0570110007号)

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 晃和会
事業者の所在地	秋田市太平八田字藤の崎231番地の3
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 伊藤 二雄
電話番号	018-838-2338

2. 利用事業所

事業所の名称	ひだまりデイサービスセンター
管理者名	加藤 久美子
所在地	秋田市東通仲町4番1号秋田拠点センター アルヴェ5階
電話番号	018-884-1400
FAX番号	018-884-3456

3. 利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	秋田市の事業者指定		利用 定員
	指定年月日	指定番号	
居宅介護支援事業	平成16年7月1日	0500109983	
東通地域包括支援センター	平成19年4月1日	0570100151	

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法の理念に基づき、可能な限り自立した生活を営むことができるよう各種サービスを提供します。
運営の方針	① 利用者の心身の特性を踏まえ、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービス提供を行います。 ② 事業の実施にあたっては、医療・保健・福祉の関係諸機関等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 事業所の主要設備等

1) 敷地および建物

敷地		10,622.46㎡
建 物	構 造	鉄骨造（一部鋼管コンクリート柱）
	延べ床面積	1,515㎡
	利用定員	30人

2) 主な設備

食堂兼機能訓練室	112.45㎡	送迎車	7台
静養室兼休憩室	37.47㎡	専用エレベーター	1基
浴室	一般の浴槽、特別浴槽があります。		

3) その他の設備

①玄関	⑤相談室
②事務室	⑥介護教育室
③トイレ・洗面所	⑦調理室・食品庫
④脱衣室	⑧リネン庫・洗濯室

6. 事業所の職員体制

職種	職員数	職務内容	備考
管理者	1名	職員、業務の管理	生活相談員と兼務
生活相談員	2名以上	利用申込調整、生活相談	介護職員と兼務
介護職員	5名以上	介護業務全般	内2名は生活相談員兼務
看護職員 (兼機能訓練指導員)	2名以上	健康管理、保健衛生管理 機能訓練	
平均勤務体制	8:00～17:00	3名以上	
	8:30～17:30	4名以上	
	9:00～18:00	2名以上	

7. 営業日およびサービス提供時間

営 業 日	月曜日～土曜日（12月29日～1月3日、日曜日は休業）
営 業 時 間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：15～16：15

8. 事業の実施地域

通常の事業実施地域	秋 田 市 内
-----------	---------

9. サービスの概要

通所介護計画・第一号通所事業計画に基づき、利用者の同意を得たうえで、次のような介護サービスを提供します。

1) 介護保険給付または第一号事業支給費対象サービス

種 類	内 容
介護全般	利用者の心身の状況に応じ、排泄の介助、移動、移乗の介助等必要な介護を提供します。
食 事	利用者の状態に合わせた食事内容、食事介助、その他必要な介助を適切に提供します。
入 浴	利用者の状態に合わせた入浴を実施します。 また、衣類の着脱、身体の清拭・洗髪・洗身、その他必要なサービスを適切に提供します。
アクティビティ 機能訓練	利用者の機能維持・向上につながるよう、日常生活動作の訓練、各種アクティビティ、趣味活動、体操、行事的活動等を提供し、自立支援に努めます。
健康状態の確認	バイタルチェック（検温・血圧・脈拍・体重・皮膚観察・排泄確認）、投薬管理を行います。
送迎	利用者の身体状況、地理的条件に応じた、安全な送迎を行います。
相談援助	利用者や家族に対して、必要に応じて生活・介護・環境等に関する相談を行います。また、行政機関等の諸手続で対応が困難な場合は、関係機関等への紹介を行います。
第一号事業	第一号通所事業計画を作成し、関係機関と連携し、自立支援に向けた適切な援助を行います。

2) 介護保険給付または第一号事業支給費対象外サービス

種 類	内 容
食 費	食材費および調理費にかかる費用です。
お む つ 代	利用者の希望により提供いたします。（実費）
そ の 他	上記に当てはまらない費用（特別行事、材料費等）で、明らかに利用者負担であるものは、実費をいただきます。

10. サービス利用負担額

介護サービスと利用負担額については別紙1の通りです。

1) 介護保険給付または第一号事業支給費対象サービス料

介護保険告示上の額、市長が定める額に従い、利用者の要介護・要支援状態・基本チェックリストに該当する状態に応じた通所介護・第一号通所事業サービス費の1割をお支払いください。

※一定以上の所得がある方は、2割或は3割をお支払いください（介護保険負担割合証参照）

利用者が、まだ要介護認定を受けていない場合には、介護保険給付または第一号事業支給費対象サービスの全額をお支払いいただきます。要介護（要支援）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）

2) 介護保険給付または第一号事業支給費対象外サービス料

食費のほか、利用に要する費用で、本人に負担していただくことが適当であるものについては実費負担となります。

11. 介護保険給付・第一号事業支給費対象サービス料及び介護保険給付・第一号事業支給費対象外サービス料の支払い

介護保険給付または第一号事業支給費対象サービス料の自己負担分の支払いにつきまして、1ヶ月毎に計算しご請求いたしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

①口座振替～請求書発行月の20日に引落としとなります。

手続等詳しくは「口座振替のお願い」をご参照願います。

なお、指定金融機関は秋田銀行と北都銀行です。

②現金～請求書発行月の月末までに現金でお支払い下さい。

③振り込み～請求書発行月の月末までに下記指定口座へお振込み下さい。

秋田銀行広面支店 普通預金 口座番号724940

口座名義：社会福祉法人 晃和会

理事長 伊藤 二雄

なお、利用者の選択により提供された実費経費については、その都度現金でお支払いいただきます。

12. キャンセル料

利用者の容態の急変等やむを得ない事情がある場合を除き、次のキャンセル料をいただく場合がございます。

介護保険料等

①利用日前日まで連絡をいただいた場合	無料
②利用日当日に連絡をいただいた場合	基本料金の25%を支払い、いただきます。
③連絡がなくキャンセルとなった場合	基本料金の50%を支払い、いただきます。

※別紙『介護サービス利用負担額一覧表』の基本料金になります。

食費について

①利用当日 9:30 まで連絡をいただいた場合	無料
②利用当日 9:30 以降連絡をいただいた場合	全額支払い、いただきます。
③連絡がなくキャンセルとなった場合	全額支払い、いただきます。

13. 当事業所利用の際に留意いただく事項

利用前の健康状態	利用前に体調不良等の症状がある場合は、利用を中止して頂きます。また、他の利用者に影響を及ぼすような感染症等の疾患が明らかになった場合は主治医の許可が出るまで利用を中止させていただきます。
外出	サービス提供中、事業所から外出を希望される場合は、ご相談ください。
居室・器具・設備の使用	事業所内の居室や設備、器具は本来の用法に従って利用ください。これに反した利用により破損等生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	センター内は、全館禁煙となっておりますので、ご理解・ご協力をお願いします。
迷惑行為	他の利用者の迷惑となる行為（騒音、けんか、暴行、中傷、口論等）はしないでください。 職員に対する、悪意のある暴言、暴力や悪質なハラスメント行為につきましてはしないようにしてください。 施設内において許可のない動画撮影や SNS への投稿については、ご遠慮ください。
所持品の管理 （現金等の管理を含む）	貴重品の持ち込みは遠慮ください。また、所持品において、事業所での管理を希望される場合は、相談ください。
宗教活動 政治活動	職員、他の利用者に対する宗教活動および政治活動は遠慮ください。
その他	職員に対する贈り物等のもてなしは遠慮させていただきます。

14. 個人情報の取り扱いについて

利用者および家族の個人情報に関しては、適正かつ適切に取り扱い、使用する場合には必ず書面にて同意を得た上で使用させていただきます。

利用者の通所介護計画・第一号通所事業計画作成や介護支援専門員、サービス提供事業者等との連絡調整において個人情報の使用・提供が必要となった場合は、必要最小限の情報を関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払い使用します。

15. 高齢者虐待防止について

高齢者虐待防止に関する法令等を遵守し、虐待防止に関する責任者の選定、委員会の開催、指針の整備、研修の実施を行います。また、利用に際し、利用者を虐待している、あるいは虐待していると判断するに十分な状況を把握した場合には、所管行政機関等に通報いたします。

16. 身体的拘束等の適正化について

当事業所では、利用者また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、行動制限を行いません。

やむを得ず身体拘束その他行動制限を行う場合には、その対応、及び時間等を必ず書面において利用者・家族の同意を得た上で行います。

17. 苦情等の受付について

当事業所の介護サービスに関する相談、要望、苦情などは下記までお申し出ください。

なお、当事業所以外で市役所など行政機関等でも受付しています。

当事業所 利用相談窓口	受付担当者	管理者	加藤 久美子
	利用時間	月～土	8：30～17：30
	利用方法	電 話	018-884-1400
		窓 口	ひだまりサービスセンター
	苦情解決責任者	ひだまりサービスセンター課長補佐 尾坂 祐介	
第三者委員	佐々木 晋太郎	電話	018-838-4581
	梅 森 鈴 子	電話	018-835-0415
	渡 部 幸 雄	電話	018-829-1241
そ の 他 相 談 窓 口	○秋田県国民健康保険団体連合会		
		電 話	018-883-1550
		FAX	018-883-1551
	○秋田市介護保険課		
		電 話	018-888-5674
		FAX	018-888-5673
	○秋田市長寿福祉課		
		電 話	018-888-5668
		FAX	018-888-5667
	○秋田県福祉サービス相談支援センター (秋田県運営適正化委員会)		
		電 話	018-864-2726
		FAX	018-864-2742

18. 事故発生時の対応

利用者が事故により身体に傷害が発生している場合は、応急処置をとり、主治医に連絡して指示を仰ぐとともに、事故が発生した経緯を家族の方に速やかに連絡し、その後の経過も随時連絡いたします。

また、事故発生予防のため担当者を定め、指針の整備、体制の整備、研修の実施を行います。

19. 緊急時の対応

利用者に状態の変化等あった場合には、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、緊急連絡先に知らせます。

利用者の主治医	医 師 名	
	所属医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊 急 連 絡 先	氏 名（続柄）	（ ）
	住 所	
	電 話 番 号	
	勤 務 先 等	

20. 非常災害時の対策

非常災害時の対応	別途定める「ひだまりサービスセンター消防計画」及び「社会福祉法人晃和会総合防災マニュアル」により対応します。
非常通報の体制	非常通報体制は、登録10人体制で全職員の連絡体制を確保しています。
近隣との協力関係	秋田新都心ビル(株)と協議し、非常時の応援協力体制について確保しています。
平常時の訓練と防災設備	別途定める「ひだまりサービスセンター消防計画」及び「社会福祉法人晃和会総合防災マニュアル」により、年1回以上、避難訓練を、利用者も参加して実施します。
防災設備の概要	スプリンクラー、消火器 4カ所、避難経路 4カ所 避難場所 1カ所

21. 感染症予防対策

当事業所では、施設内で発生が予測される感染症の予防のため、「感染症対策マニュアル」を作成し、委員会の開催、指針の整備、研修の実施を行います。

22. 業務継続計画

当事業所では感染症や非常災害の発生時において、入居者に対するサービス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に事業開始をするための業務継続計画を策定し、定期的に見直しを行うと共に、研修及び訓練を実施します。

23. 賠償責任について

当事業所は下記の損害賠償保険に加入し、事業者の責任により利用者に生じた損害については、その損害を賠償いたします。ただし、介護サービス提供上不可抗力的に生じた損害、事故の補償については、利用者、事業者双方で協議することとします。

保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

補償の概要：賠償責任保険および傷害保険

別紙

(令和7年4月1日現在)

●介護サービス利用者負担額一覧表 《ひだまりデイサービスセンター》

(1) 保険給付対象サービス **1 割**

①介護給付サービス

【通常規模型通所介護費 7時間以上8時間未満】

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要介護1	6,580 円	5,922 円	658 円	1 日につき
要介護2	7,770 円	6,993 円	777 円	
要介護3	9,000 円	8,100 円	900 円	
要介護4	10,230 円	9,207 円	1,023 円	
要介護5	11,480 円	10,332 円	1,148 円	

※感染症や災害等の理由で利用者数の減少が一定期間続いた場合は、3円プラスして算定いたします。

【加 算】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
入 浴 介 助 加 算 (Ⅰ)	400 円	410 円	40 円	1 日につき
入 浴 介 助 加 算 (Ⅱ)	550 円	495 円	55 円	1 日につき
中重度ケア体制加算	450 円	405 円	45 円	1 日につき
認知症加算	600 円	540 円	60 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	600 円	540 円	60 円	1 日につき
科学的介護推進体制加算Ⅰ	400 円	360 円	40 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ	220 円	198 円	22 円	1 日につき
個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ	560 円	504 円	56 円	1 日につき
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	200 円	180 円	20 円	1 月につき
ADL 維持等加算 (Ⅰ)	300 円	270 円	30 円	1 月につき
ADL 維持等加算 (Ⅱ)	600 円	540 円	60 円	1 月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月あたりの総単位数に 9.2% を乗じた額の 1 割を算定			

※科学的介護推進体制加算Ⅰの算定について、LIFE（ライフ）への情報提出が必要となります。

LIFE とは、国が質の向上等を目的とした取組のことです。

【減 算】

減 算 項 目	減算額	保険給付減算額	自己負担減算額	備 考
送迎車を利用しない場合	470 円	423 円	47 円	片道につき

② 第一号通所事業サービス

【第一号通所事業】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考	
要支援1、要支援2 事業対象者	17,980 円	16,182 円	1,798 円	1 か月あたり	週1回程度 利用
	4,360 円	3,924 円	436 円	1 回あたり	
要支援2	36,210 円	32,589 円	3,621 円	1 か月あたり	週2回程度 利用
	4,470 円	4,023 円	447 円	1 回あたり	

※利用回数は、要支援1の方は月4回、要支援2の方は月8回が目安となります。

利用料は、利用回数により、変動いたします。

【加 算】

加 算 項 目		加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
生活機能向上グループ活動加算		1,000 円	900 円	100 円	1 月につき
若年性認知症利用者受入加算		2,400 円	2,160 円	240 円	
科学的介護推進体制加算Ⅰ		400 円	360 円	40 円	
サービス提供 体制強化加算Ⅰ	要支援 1 事業対象者	880 円	792 円	88 円	
	要支援 2	1,760 円	1,584 円	176 円	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		一ヶ月あたりの総単位数に 9.2%を乗じた額の 1 割を算定			

(2) 保険給付外サービス

食 費	660 円	昼食代
お む つ 代	実費	
その他上記に当てはまらない費用で、明らかに利用者負担であるものの費用	実費	趣味活動材料費等

別紙

(令和7年4月1日現在)

●介護サービス利用者負担額一覧表 《ひだまりデイサービスセンター》

(1)保険給付対象サービス **2割**

①介護給付サービス

【通常規模型通所介護費 7時間以上8時間未満】

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要介護1	6,580 円	5,264 円	1,316 円	1日につき
要介護2	7,770 円	6,216 円	1,554 円	
要介護3	9,000 円	7,200 円	1,800 円	
要介護4	10,230 円	8,184 円	2,046 円	
要介護5	11,480 円	9,184 円	2,296 円	

※感染症や災害等の理由で利用者数の減少が一定期間続いた場合は、3円プラスして算定いたします。

【加 算】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
入 浴 介 助 加 算 (Ⅰ)	400 円	320 円	80 円	1日につき
入 浴 介 助 加 算 (Ⅱ)	550 円	440 円	110 円	1日につき
中重度ケア体制加算	450 円	360 円	90 円	1日につき
認知症加算	600 円	480 円	120 円	1日につき
若年性認知症利用者受入加算	600 円	480 円	120 円	1日につき
科学的介護推進体制加算Ⅰ	400 円	320 円	80 円	1月につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ	220 円	176 円	44 円	1日につき
個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ	560 円	448 円	112 円	1日につき
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	200 円	160 円	40 円	1月につき
ADL 維持等加算 (Ⅰ)	300 円	240 円	60 円	1月につき
ADL 維持等加算 (Ⅱ)	600 円	480 円	120 円	1月につき
介護職員等处遇改善加算Ⅰ	一ヶ月あたりの総単位数に9.2%を乗じた額の1割を算定			

※科学的介護推進体制加算Ⅰの算定について、LIFE（ライフ）への情報提出が必要となります。

LIFE とは、国が質の向上等を目的とした取組のことです。

【減 算】

減 算 項 目	減算額	保険給付減算額	自己負担減算額	備 考
送迎車を利用しない場合	470 円	376 円	94 円	片道につき

② 第一号通所事業サービス
【第一号通所事業】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考	
要支援 1、要支援 2 事業対象者	17,980 円	16,182 円	3,596 円	1 か月あたり	週 1 回程度 利用
	4,360 円	3,924 円	872 円	1 回あたり	
要支援 2	36,210 円	28,968 円	7,242 円	1 か月あたり	週 2 回程度 利用
	4,470 円	3,576 円	894 円	1 回あたり	

※利用回数は、要支援 1 の方は月 4 回、要支援 2 の方は月 8 回が目安となります。

利用料は、利用回数により、変動いたします。

【加 算】

加 算 項 目		加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
生活機能向上グループ活動加算		1,000 円	800 円	200 円	1 月につき
若年性認知症利用者受入加算		2,400 円	1,920 円	480 円	
科学的介護推進体制加算Ⅰ		400 円	320 円	80 円	
サービス提供 体制強化加算Ⅰ	要支援 1 事業対象者	880 円	704 円	176 円	
	要支援 2	1,760 円	1,408 円	352 円	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		一ヶ月あたりの総単位数に 9.2% を乗じた額の 2 割を算定			

(2) 保険給付外サービス

食 費	660 円	昼食代
お む つ 代	実費	
その他上記に当てはまらない費用で、明らかに利用者負担であるものの費用	実費	趣味活動材料費等

別紙

(令和7年4月1日現在)

●介護サービス利用者負担額一覧表 《ひだまりデイサービスセンター》

(1)保険給付対象サービス **3割**

①介護給付サービス

【通常規模型通所介護費 7時間以上8時間未満】

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要介護1	6,580円	4,606円	1,974円	1日につき
要介護2	7,770円	5,439円	2,331円	
要介護3	9,000円	6,300円	2,700円	
要介護4	10,230円	7,161円	3,069円	
要介護5	11,480円	8,036円	3,444円	

※感染症や災害等の理由で利用者数の減少が一定期間続いた場合は、3円プラスして算定いたします。

【加 算】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
入浴介助加算(Ⅰ)	400円	280円	120円	1日につき
入浴介助加算(Ⅱ)	550円	385円	165円	1日につき
中重度ケア体制加算	450円	315円	135円	1日につき
認知症加算	600円	420円	180円	1日につき
若年性認知症利用者受入加算	600円	420円	180円	1日につき
科学的介護推進体制加算Ⅰ	400円	280円	120円	1月につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ	220円	154円	66円	1日につき
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	560円	392円	168円	1日につき
個別機能訓練加算(Ⅱ)	200円	140円	60円	1月につき
ADL維持等加算(Ⅰ)	300円	210円	90円	1月につき
ADL維持等加算(Ⅱ)	600円	420円	180円	1月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月あたりの総単位数に9.2%を乗じた額の3割を算定			

※科学的介護推進体制加算Ⅰの算定について、LIFE(ライフ)への情報提出が必要となります。

LIFEとは、国が質の向上等を目的とした取組のことです。

【減 算】

減 算 項 目	減算額	保険給付減算額	自己負担減算額	備 考
送迎車を利用しない場合	470円	329円	141円	片道につき

② 第一号通所事業サービス
【第一号通所事業】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考	
要支援 1、要支援 2 事業対象者	17,980 円	12,586 円	5,394 円	1 か月あたり	週 1 回程度 利用
	4,360 円	3,052 円	1,308 円	1 回あたり	
要支援 2	36,210 円	25,347 円	10,863 円	1 か月あたり	週 2 回程度 利用
	4,470 円	3,129 円	1,341 円	1 回あたり	

※利用回数は、要支援 1 の方は月 4 回、要支援 2 の方は月 8 回が目安となります。

利用料は、利用回数により、変動いたします。

【加 算】

加 算 項 目		加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
生活機能向上グループ活動加算		1,000 円	700 円	300 円	1 月につき
若年性認知症利用者受入加算		2,400 円	1,680 円	720 円	
科学的介護推進体制加算Ⅰ		400 円	280 円	120 円	
サービス提供 体制強化加算Ⅰ	要支援 1 事業対象者	880 円	616 円	264 円	
	要支援 2	1,760 円	1,232 円	528 円	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		一ヶ月あたりの総単位数に 9.2% を乗じた額の 3 割を算定			

(2) 保険給付外サービス

食 費	660 円	昼食代
お む つ 代	実費	
その他上記に当てはまらない費用で、明らかに利用者負担であるものの費用	実費	趣味活動材料費等

当事業所は、指定通所介護サービス・第一号通所事業サービスを提供するに当たり、重要事項説明書について説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者名：社会福祉法人 晃 和 会
施 設 名：ひだまりデイサービスセンター
所 在 地：秋田市東通仲町4番1号
秋田拠点センターアルヴェ5階
管理者名：加 藤 久 美 子

説 明 者：職名 _____
氏名 _____ (印)

私は、指定通所介護・第一号通所事業サービスを利用するにあたり、重要事項について交付のうえ、説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

身元保証人（利用者の家族等）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

利用者との関係： _____