

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業 重要事項説明書

AKITA トレーニングセンターでは、ご契約者に対して第1号通所事業を提供します。契約を締結する前に知っておいていただきたい事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上のご注意いただきたい事を、下記の通りご説明いたします。

1. 運営法人 (令和7年4月1日現在)

法人名	社会福祉法人ひらか福祉会
法人所在地	横手市平鹿町浅舞字福田207番地4
電話番号	0182-56-3002
代表者氏名	理事長 畠山 尚弥
設立年月日	平成18年10月23日

2. ご利用事業所

サービスの種類	第1号通所事業
事業目的	トレーニングで心身機能の改善・社会参加・生きがいを支援する事業です。
事業所所在地	横手市婦気大堤字婦気前269番地1
電話番号	0182-23-7966
事業所名称	AKITA トレーニングセンター
管理者氏名	戸田 大貴
運営方針	トレーニングで能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者さまの社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。

3. 職員体制

当事業所では、利用者さまに対して指定地域密着型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。

管理者（常勤1名）	1名	事業所スタッフ管理及び業務管理等運営全般
生活相談員 （介護職員兼務2名）	1名以上	相談業務、計画書作成、関係機関との連絡調整
看護職員（常勤兼務2名）	1名以上	利用者の健康チェック、保健衛生上の指導
介護職（常勤1名、非常勤1名、常勤兼務6名）	2名以上	利用者の日常動作の機能訓練介助及び援助
機能訓練指導員（常勤兼務2名）	1名	利用者の健康チェック、機能訓練介助及び援助

4. 営業日・営業時間とサービス提供時間

【営業日】 月曜日～土曜日（祝日営業・日休業）

但し8月13日～15日、12月30日～1月3日までを除く。

【営業時間】 8時30分～17時30分

【サービス提供時間】 1単位目 9:00～12:05 2単位目 13:30～16:35

5. 定員 1単位目 18名 ・ 2単位目 18名定員

6. 提供サービス内容

①生活指導 ②健康状態の確認 ③トレーニング（機能訓練） ④送迎

7. サービス提供区域

事業所より概ね 片道 10 km（旧横手市内）

※送迎可能範囲外の送迎希望に関しては、ご相談させていただきます。

8. 第1号訪問事業の利用料金

下記の料金表に従い、利用者さまの要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付額を除いた金額をお支払いいただきます。

サービス名称	対象	サービスの内容	1割	2割	3割
通所型サービス11	事業対象者 要支援1	週1回程度の通所が必要とされた方に対する包括的支援	1,798/月	3,596/月	5,394/月
通所型サービス12	事業対象者 要支援2	週2回程度の通所が必要とされた方に対する包括的支援	3,621/月	7,242/月	10,863/月
通所型サービス21	事業対象者 要支援1	1月につき4回まで	436/回	872/回	1,308/回
通所型サービス22	事業対象者 要支援2	1月につき8回まで	447/回	894/回	1,341/回
科学的介護推進体制加算	全ご利用者	科学的に裏付けられた自立支援、重症化防止のため質の高いサービスの提供を目的とする。	40/月	80/月	120/月
口腔機能向上加算Ⅱ	希望される ご利用者 (月1回まで)	口腔機能向上を目的とし計画に基づく機能向上サービスの提供を行った場合	160/月	320/月	480/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	全ご利用者	通所介護の現場で働く職員の処遇改善を図るため	利用額× 9.0%	左記額の 2割	左記額の 3割

(2)減算

減算の種類	1割	2割	3割
送迎減算(片道につき)	-47円	-94円	-141円

(注1) 上記の算定単位は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら算定単位も自動的に改訂されます。

※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、サービス利用料金の全額が利用者さまのご負担となります。

9. 利用料金等のお支払方法

利用料金等は、月末分をまとめて翌月の中旬にご利用明細にてご連絡致します。ご利用明細が到着した月の26日頃に所定のご登録口座（北都銀行または秋田銀行、JA あきたふるさと）より引き落としさせていただきます。希望される方は、口座振込もご利用できます。（手数料はご負担ください）

10. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意頂きたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々と同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようにご協力をお願いいたします。
- (3) 体調や様態の急変などによりサービスを利用できなくなった際は、お早めに担当地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

11. 緊急時の対応方法

病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医に連絡します。主治医への連絡が困難な場合は、協力医療機関へ連絡し緊急搬送するなどの必要な措置をとります。また、事故発生時にはご利用者のご家族、市町村に対して連絡を行うなどの必要な措置を行い、賠償すべき事故が発生したときには、速やかに損害賠償を行います。

医療機関名（医師名） 所在地 診療科	西成医院（西成忍） 横手市平鹿町浅舞字浅舞 53 TEL 0182-24-1023 外科・内科
医療機関名（救急指定） 所在地 診療科	平鹿総合病院（救急告知病院） 横手市前郷字八ツ口 3-1 TEL 0182-32-5121 外科・内科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・眼科・心臓血管外科・耳鼻科・婦人科・心療内科
医療機関名（救急指定） 所在地 診療科	市立横手病院（救急告知病院） 横手市根岸町 5-31 TEL 0182-32-5001 外科・内科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・眼科・耳鼻科

12. 守秘義務及び個人情報の保護

事業所及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者さま及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後においても継続します。事業者は、利用者さまから予め文書で同意を得ない限り、外部への情報提供などにおいても、利用者さま及びご家族の個人情報を用いませぬ。

13. 苦情受付

苦情または相談があった場合は、利用者さまの状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者さまの立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者さまへ対応方法を含めた結果報告を行います。

AKITA トレーニングセンター苦情受付担当	戸田 大貴 TEL 0182-23-7966
AKITA トレーニングセンター苦情解決責任者	戸田 大貴 TEL 0182-23-7966
秋田県国民健康保険団体連合会 秋田市山王 4 丁目 2 番 3 号	TEL 018-883-1550 Fax 018-883-1551
秋田県福祉サービス相談支援センター 秋田市旭北栄町 1-5 (秋田県運営適正化委員会)	TEL 018-864-2726 Fax 018-864-2742
横手市市民福祉部まると福祉課介護保険係 横手市中央町 8-2	TEL 0182-35-2134 Fax 0182-32-9709

14. 衛生管理

サービス提供に使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意します。また職員は感染症等に関する知識を習得し、感染症の発生を未然に防ぐよう努めます。

15. 行動制限と虐待防止

原則として、利用者さまの自由を制限するような身体拘束を行いません。ただし、緊急時やむを得ない理由により行動を制限せざるを得ない場合には、事前に利用者さま及びそのご家族へ十分な説明をし、同意を得ると共に、その態様及び時間、その際の利用者さまの心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

また、利用者さまの人権擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待に関する責任者を事業所の管理者を選定します。
- (2) 成年後見人制度の利用を支援します。
- (3) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施し、職員の人権意識の向上や知識、技術の向上に努めます。

16. 非常災害時の対策

非常災害に備えるため、風水害、雪害、火災、地震等に対処するための消防自衛計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、必要な措置を講じます。また、年 2 回以上、火災や地震災害を想定した避難訓練を利用者さまにも参加いただき行います。

令和 7 年 4 月 1 日改訂

第 1 号通所事業の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項を交付して説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者 社会福祉法人ひらか福祉会 AKITA トレーニングセンター

(職種名) 生活相談員

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、第1号通所事業の提供開始に同意し、本書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 (続柄) _____ 印

ご家族 住所 _____

氏名 (続柄) _____ 印