

# デイサービスセンターすこやか横手

## 重 要 事 項 説 明 書

(地域密着型通所介護サービス) (介護予防通所介護相当事業)

(令和7年10月1日)

当施設は、ご利用者に対して地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当事業）サービスを提供します。  
当施設の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。  
なお、当施設は介護保険の指定を受けております。

(横手市指定第 0590300448 号)

### 1 事業者

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 事業者の名称  | 社会福祉法人ファミリーケアサービス       |
| 事業者の所在地 | 〒013-0044 秋田県横手市横山町1番1号 |
| 法人種別    | 社会福祉法人                  |
| 代表者名    | 理事長 石 山 清 和             |
| 電話番号    | 0182-33-7777            |

### 2 ご利用施設

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 施設の名称  | デイサービスセンターすこやか横手        |
| 施設の所在地 | 〒013-0044 秋田県横手市横山町1番1号 |
| 管理者名   | 管理者 佐 藤 公 法             |
| 電話番号   | 0182-33-7777            |
| FAX番号  | 0182-33-7722            |

### 3 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類                   | 秋田県知事の事業者指定            |            | 利用定員 |
|-------------------------|------------------------|------------|------|
|                         | 指定（更新）年月日              | 指定番号       |      |
| 介護老人福祉施設                | 令和2年4月1日               | 0570350611 | 50人  |
| 短期入所生活介護<br>(介護予防)      | 令和2年4月1日<br>(令和2年4月1日) | 0570303503 | 20人  |
| 地域密着型通所介護<br>(予防通所介護相当) | 令和5年5月1日<br>(令和5年5月1日) | 0590300448 | 18人  |
| 居宅介護支援                  | 令和2年4月1日               | 0570300186 | —    |

### 4 事業の目的と運営の方針

|         |                                                                                                                                                                    |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的   | この事業は、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう各種サービスを提供いたします。                                                                                                                      |
| 施設の運営方針 | ①当施設にあたっては、日帰りの介護サービスを提供し、ご利用者・ご家族の家庭での生活を支援いたします。<br>②援助にあたっては、ご利用者の人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。<br>③ご利用者の自立を支援し、意欲を高めるように適切な援助を行い、ご利用者の自立の可能性を引き出すように援助します。 |

## 5 施設の概要

### (1) 敷地及び建物

|     |       |                       |
|-----|-------|-----------------------|
| 敷 地 |       | 15,228.40㎡            |
| 建物  | 構造    | 鉄筋コンクリート造一部3階建て（耐火建築） |
|     | 延べ床面積 | 5,626.20㎡             |
|     | 利用定員  | 18名                   |

### (2) 主な設備

|          |                       |       |    |
|----------|-----------------------|-------|----|
| 休憩室兼静養室  | 58.58㎡                | 送 迎 車 | 5台 |
| 食堂兼機能訓練室 | 114.30㎡               |       |    |
| 浴 室      | 一般の浴槽・家庭浴槽・特別浴槽があります。 |       |    |

### (3) その他の設備

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| ①玄関                   | ⑧一般浴室・特別浴室 |
| ②事務室、自動販売機            | ⑨洗濯室・汚物処理室 |
| ③サービスステーション（介護職看護職員室） | ⑩トイレ・洗面所   |
| ④静養室                  | ⑪エレベーター    |
| ⑤食堂・デイルーム             | ⑫厨房        |
| ⑥デイルーム・日常動作訓練室        | ⑬霊安室       |
| ⑦デイルーム・介護研修           | ⑭地域交流スペース  |

## 6 職員体制

| 職 種       | 職員数         | 職務内容        |
|-----------|-------------|-------------|
| 管理者       | 1名          | 職員及び事業の管理   |
| 生活相談員     | 2名以上        | 生活相談全般      |
| 看護職員      | 2名以上        | 健康管理、保健衛生管理 |
| 機能訓練指導員   | 1名以上        | 機能維持訓練      |
| 介護職員      | 5名以上        | 介護業務        |
| そ の 他 職 員 | 事業実施における適当数 |             |

## 7 営業日およびご利用の予約

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 営 業 日 | 月曜日～土曜日（日曜は定休日） |
| 営業時間  | 午前9時30分～午後4時30分 |

## 8 事業の実施地域

|         |      |
|---------|------|
| 事業の実施地域 | 横手市内 |
|---------|------|

## 9 サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類             | 内 容                                                                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日常生活上の援助        | 排泄の介助、移動・移乗の介助、通所の介助等その他必要な身体の介護について、ご利用者の日常生活動作能力に応じて、必要な援助を行います。                                       |
| 健康状態の確認         | バイタルチェック（検温・血圧・体重・排泄確認・皮膚観察）、投薬管理を行います。                                                                  |
| 生活自立支援<br>・機能訓練 | 日常生活動作に関する訓練、レクリエーション（アクティビティ）、グループワーク、行事的活動、体操、趣味活動を通して、豊かな日常生活を送ることが出来るよう機能維持・向上に努め、自立・自律生活の為の支援を行います。 |
| 送 迎             | 身体等の状況、地理的条件に応じた送迎を行います。                                                                                 |

|        |                                                                                                              |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入 浴    | 一般浴槽、家庭浴槽、特殊浴槽から、ご利用者が安全で快適に利用できる浴槽を使用させていただきます。<br>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、ご利用者の状態に合わせ、適切な介助を行います。 |
| 食 事    | 準備・後始末、食事摂取、その他必要な食事の介助について、ご利用者の状態に合わせて適切に行います。                                                             |
| 相談・助言等 | 日常生活動作に関する訓練、福祉用具の利用法、その他必要な相談・助言等について、必要に応じ対応いたします。<br>また、当施設の第三者委員や公的行政機関への相談の対応も行います。                     |

## (2) 介護保険給付外サービス

| 種 類      | 内 容                                          |
|----------|----------------------------------------------|
| 食 費      | 食費は、食材費及び調理費にかかる費用です。                        |
| 営業時間外の利用 | ご利用者の希望により、介護報酬設定上通常の利用時間とされる時間を超えてご利用になれます。 |
| そ の 他    | 上記に当てはまらない雑費で、明らかにご利用者負担であるのは、費用をいただきます。     |

## 10 ご利用負担額

介護サービスと利用負担額については別紙1のとおりです。

### (1) 介護保険給付サービス料及び介護予防通所介護相当事業サービス料

介護保険及び総合事業の告知に従い、ご利用者の介護保険被保険者証における要介護状態及び負担割合証における割合に応じた介護サービス費に関する料金について制度上で定められた自己負担額のお支払いをお願いします。具体的な利用料については、軽減措置等の理由でご利用者毎に違いますので契約時に提示いたします。

何らかの事情により、ご利用者が要介護認定を受けられずにサービスを利用する場合、その期間における介護保険給付サービス費の全額をお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が国民健康保険団体連合会から払い戻されます。(償還払い)

### (2) 介護保険給付外サービス料

食費のほか、ご利用に要する費用で、ご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 介護保険給付サービス料、介護予防通所介護相当事業サービス料及び介護保険給付外サービス料の支払い

介護保険給付サービス料の自己負担分については、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、請求当月の20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

なお、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する自己負担分については、ご利用日数に基づいて計算した金額とします。

①事務室窓口での現金支払い

②下記指定口座への振込み

北都銀行 横手支店 普通預金 6 1 1 4 8 7 7

秋田ふるさと農協 横手支店 0 0 1 2 8 3 8

秋田銀行 横手支店 普通預金 8 6 4 1 9 0

ゆうちょ銀行 通常預金 1 8 6 1 0 - 1 4 3 0 2 9 4 1

③北都銀行・秋田銀行・ゆうちょ銀行・秋田ふるさと農協の預金口座からの自動引き落とし

ご利用者の選択により提供されたものの実費経費については、その都度現金でお支払いください。

## 12 協力医療機関

|         |                                                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 市立横手病院                                                                                          |
| 院長名     | 藤 盛 修 成                                                                                         |
| 所在地     | 〒013-0016 秋田県横手市根岸町5-31                                                                         |
| T E L   | 0182-32-5001                                                                                    |
| 診療科目    | 内科、心療内科、精神科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内分泌内科、神経内科、血液腎臓内科、外科、整形外科、小児科、皮膚科、産婦人科、眼科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科 |
| 入院設備    | 195床（一般病床191床、感染症病床4床）                                                                          |
| 救急指定の有無 | 有                                                                                               |
| 契約の概要   | 当施設と市立横手病院とは、ご利用者の病状の急変があった場合、通院治療、救急診療及び入院診療にあたるものとする。                                         |

## 13 非常災害時の対策

|             |                                                                       |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 非常時の対応      | 別に定める「特別養護老人ホームすこやか横手・消防計画」により対応します。                                  |
| 非常通報の体制     | 非常通報体制は、登録6名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    | 横山町内会と話し合い非常時の応援協力体制について確保しております。                                     |
| 非常時の訓練と防災設備 | 別に定める「特別養護老人ホームすこやか横手・消防計画」により、年2回以上夜間及び昼を想定した避難訓練を、ご利用者の方も参加して実施します。 |
| 防災設備の概要     | 屋内消火栓12カ所、消火器41カ所、避難経路7カ所、避難場所3カ所（併設施設を含む）を設置しております。                  |

## 14 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|               |                                                                                                                                                            |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| キャンセル及びキャンセル料 | サービスの利用を中止する際には、速やかに当施設までご連絡ください。<br>ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、出来るだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。緊急やむをえない事情がある場合を除き、キャンセル料を申し受けることがあります。<br>キャンセル料については、法定利用料の範囲内とします。 |
| 損害賠償          | 当施設において、事業者の責任によりご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、ご利用者、事業者双方で協議することとします。                                                   |
| 外出            | 送迎中の途中下車及びサービス提供中の施設からの外出は、ご遠慮ください。                                                                                                                        |
| 居室・設備・器具の利用   | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。                                                                                    |
| 喫煙            | 喫煙は所定の場所に限定させていただきます。                                                                                                                                      |
| 迷惑行為等         | けんか、暴行、中傷、口論等、他人に対する迷惑行為はしないでください。                                                                                                                         |
| 所持品の管理        | 当施設では、必要に応じてお預かりいたします。お預かりを希望する場合は、お申し出ください。                                                                                                               |
| 現金等の管理        | 当施設では、必要に応じてお預かりいたします。お預かりを希望する場合は、お申し出ください。                                                                                                               |
| ご贈答           | 職員個人に対する贈り物等のもてなしはご遠慮させていただきます。                                                                                                                            |
| 宗教活動<br>政治活動  | 施設内で他のご利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。                                                                                                                         |

## 15 緊急時の対応

ご利用者に状態の変化等があった場合には、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、緊急連絡先にご連絡いたします。

|          |           |      |
|----------|-----------|------|
| ご利用者の主治医 | 氏名        |      |
|          | 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）    | （続柄） |
|          | 住所        |      |
|          | 電話番号      |      |
|          | 勤務先等      |      |

## 16 事故発生時の対応

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

## 17 個人情報の使用について

ご利用者及びそのご家族の個人情報に関しては、必ず書面で同意を頂いた上で使用させていただきます。ご利用者の通所介護計画及び通所型サービス計画作成や、介護支援専門員やサービス事業者等との連絡調整において個人情報の使用・提供が必要になった場合は、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。

## 18 身体拘束廃止について

身体拘束廃止に向けた取り組みを進めます。ただし、ご利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合は、次の事項に則り身体拘束その他利用者の行動を制限する場合があります。

- ①利用者、家族に対する説明及び確認
- ②身体拘束廃止検討委員会における検討
- ③施設長の許可
- ④拘束解除に向けた定期的な検討
- ⑤記録の整備

## 19 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、従業者に対する研修の実施等を行い、虐待を受けたと思われる事例に関わった場合は、速やかに市町村等に通報する義務があります。

## 20 第三者による評価の実施状況

|      |      |      |  |
|------|------|------|--|
| 実施なし | 実施あり | 実施日  |  |
|      |      | 評価機関 |  |

## 21 苦情受付担当者及び苦情解決責任者

当施設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、当施設以外で市役所など行政機関等でも受付しています。

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用<br>相談窓口 | 受付担当者 生活相談員 鶴田 笑巳<br>ご利用時間 毎日 午前9時～午後4時<br>ご利用方法 電話 0182-33-7777<br>窓口 当施設事務室<br>苦情箱 すこやか横手1階<br>苦情解決責任者 すこやか横手施設長 佐藤 公法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 第三者委員          | 鈴木 信好 電話 0182-36-1108<br>見田 貞一郎 電話 090-7075-9666<br>米 山 隆 電話 0182-26-3180                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| その他<br>相談窓口    | 《秋田県福祉サービス相談支援センター》<br>秋田県運営適正化委員会<br>住所 秋田県秋田市旭北栄町1-5（秋田県社会福祉会館内）<br>電話 018-864-2726 FAX 018-864-2840<br>（受付時間 平日8:30～17:00）<br>《横手市の機関》<br>横手市市民福祉部まると福祉課<br>住所 秋田県横手市中央町8番2号 本庁舎4階<br>電話 0182-35-2134 FAX 0182-32-9709<br>増田地域局（市民サービス課） 0182-45-5514<br>平鹿地域局（市民サービス課） 0182-24-1114<br>雄物川地域局（市民サービス課） 0182-56-2134<br>大森地域局（市民サービス課） 0182-26-4030<br>十文字地域局（市民サービス課） 0182-42-5114<br>山内地域局（市民サービス課） 0182-53-2933<br>大雄地域局（市民サービス課） 0182-52-3905<br>横手市東部地域包括支援センター 0182-35-2160<br>横手市西部地域包括支援センター 0182-35-2135<br>横手市南部地域包括支援センター 0182-35-2177<br>《秋田県国民健康保険団体連合会》<br>住所 秋田県秋田市山王四丁目2番3号<br>秋田市町村会館4F<br>電話 018-862-6864 FAX 018-824-0043<br>（受付時間 平日9:00～17:00） |

## ●介護サービスご利用負担額一覧表【デイサービスセンターすこやか横手】

## (1) 保険給付対象サービス

| ①介護給付サービス                        |       | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割) | 備考    |
|----------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|
| 地域密着型<br>通所介護費<br>7時間以上<br>8時間未満 | 要介護 1 | 753 円   | 1,506 円 | 2,259 円 | 1日につき |
|                                  | 要介護 2 | 890 円   | 1,780 円 | 2,670 円 | 1日につき |
|                                  | 要介護 3 | 1,032 円 | 2,064 円 | 3,096 円 | 1日につき |
|                                  | 要介護 4 | 1,172 円 | 2,344 円 | 3,516 円 | 1日につき |
|                                  | 要介護 5 | 1,312 円 | 2,624 円 | 3,936 円 | 1日につき |

|    |                | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割) | 備考              |
|----|----------------|---------|---------|---------|-----------------|
| 加算 | 入浴介助加算 I       | 40 円    | 80 円    | 120 円   | 1日につき           |
|    | サービス提供体制強化加算 I | 22 円    | 44 円    | 66 円    | 1回につき           |
|    | 中重度者ケア体制加算     | 45 円    | 90 円    | 135 円   | 1回につき           |
|    | 科学的介護推進体制加算    | 40 円    | 80 円    | 120 円   | 1月につき 該当者       |
|    | 送迎減算           | -47 円   | -94 円   | -141 円  | 片道につき           |
|    | 同一建物減算         | -94 円   | -188 円  | -282 円  | 事業所と同一建物に居住する場合 |

※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位の 5% 加算（該当者のみ）

|    |                                 |          |
|----|---------------------------------|----------|
| 加算 | 介護職員処遇改善加算 I（所定単位数の 92/1000 加算） | 1月につき 全員 |
|----|---------------------------------|----------|

## ②総合事業(通所型サービス)

## (1) 月額の場合

|         |                         | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割)  | 備考    |
|---------|-------------------------|---------|---------|----------|-------|
| 通所型サービス | 通所型サービス 1<br>(月5回以上の利用) | 1,798 円 | 3,596 円 | 5,394 円  | 1月につき |
|         | 通所型サービス 2<br>(月9回以上の利用) | 3,621 円 | 7,242 円 | 10,863 円 | 1月につき |

## (3) 回数の場合

|         |                         | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割) | 備考    |
|---------|-------------------------|---------|---------|---------|-------|
| 通所型サービス | 通所型サービス 1<br>(月4回までの利用) | 436 円   | 872 円   | 1,308 円 | 1回につき |
|         | 通所型サービス 2<br>(月8回までの利用) | 447 円   | 894 円   | 1,341 円 | 1回につき |

|    |                  | 負担額(1割) | 負担額(2割)  | 負担額(3割)  | 備考                     |
|----|------------------|---------|----------|----------|------------------------|
| 加算 | サービス提供体制強化加算 I 1 | 88 円    | 176 円    | 264 円    | 1月につき 要支援 1            |
|    | サービス提供体制強化加算 I 2 | 176 円   | 352 円    | 528 円    | 1月につき 要支援 2            |
|    | 生活機能向上連携加算( I )  | 100 円   | 200 円    | 300 円    | 3月に1回を限度 該当者           |
|    | 科学的介護推進体制加算      | 40 円    | 80 円     | 120 円    | 1月につき 該当者              |
|    | 送迎減算             | -47 円   | -94 円    | -141 円   | 片道につき                  |
|    | 同一建物減算(要支援1)     | -376 円  | -752 円   | -1,128 円 | 1月につき(事業所と同一建物に居住する場合) |
|    | 同一建物減算(要支援2)     | -752 円  | -1,504 円 | -2,256 円 | 1月につき(事業所と同一建物に居住する場合) |

※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位の 5% 加算（該当者のみ）

|    |                                 |          |
|----|---------------------------------|----------|
| 加算 | 介護職員処遇改善加算 I（所定単位数の 92/1000 加算） | 1月につき 全員 |
|----|---------------------------------|----------|

## (2) 保険給付対象外サービス

|                                              | 負担額   | 備考    |
|----------------------------------------------|-------|-------|
| 食 費                                          | 650 円 | 1日につき |
| その他、上記に当てはまらない雑費で、明らかに利用者負担であるものは、費用をいただきます。 | 実費    |       |

説明日：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

当事業所は、地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当事業）サービスの開始に際し、ご利用者及びご家族、代理人に対して本書面に基づいて重要事項を説明し交付しました。

|       |                                           |
|-------|-------------------------------------------|
| 事業者名  | 社会福祉法人ファミリーケアサービス                         |
| 施設名   | デイサービスセンターすこやか横手<br>(横手市指定第 0590300448 号) |
| 施設所在地 | 秋田県横手市横山町 1 番 1 号                         |
| 管理者氏名 | 佐藤 公法                                     |
| 説明者   | 職名 _____                                  |
|       | 氏名 _____ 印                                |

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の交付と説明を受け受領しました。また、当該事業所において地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当事業）サービスの提供を受けることについて同意します。

ご利用者

|    |         |
|----|---------|
| 住所 | _____   |
| 氏名 | _____ 印 |

ご家族・代理人

|    |         |
|----|---------|
| 住所 | _____   |
| 氏名 | _____ 印 |

ご利用者との続柄 \_\_\_\_\_