

## サービス内容及び重要事項説明書（地域密着型通所介護・第1号通所事業）

あなた様に対する通所介護サービスの提供の開始にあたり、厚生省令第37号第96条に基づいて、当事業所があなた様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

あなた様に対する介護予防通所サービスの提供開始にあたり、厚生省令35号第100条に基づいて、当事業所があなた様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業所の概要

|          |  |             |
|----------|--|-------------|
| 事業者      | 社会福祉法人 庄原市社会福祉協議会                      |             |
| 事業者の所在地  | 広島県庄原市西本町4丁目5番26号                      |             |
| 事業の種類    | 指定地域密着型通所介護事業<br>第1号通所事業（介護予防通所サービスのみ） |             |
| 事業所の名称   | 庄原市社協通所介護事業所だんだん                       |             |
| 事業所の指定番号 | 庄原市 3472100373                         |             |
| 事業所の所在地  | 広島県庄原市高野町新市1150番地1                     |             |
| 開始年月日    | 平成17年11月1日                             | 指定通所介護      |
|          | 平成27年11月1日                             | 指定地域密着型通所介護 |
|          | 平成30年4月1日                              | 介護予防通所サービス  |
| 管理者の氏名   | 永田 伸子                                  |             |
| 連絡先      | 0824-86-3044                           |             |
| 事業所の実施地域 | 庄原市高野町、庄原市口和町、庄原市比和町                   |             |
| 利用定員     | 10名（通所介護定員を含む）                         |             |

### 2. 事業の目的

|  |
|--|
| 地域密着型通所介護サービス  |
| 要介護状態となった利用者に対し、適切な通所介護サービスの提供を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図り、介護者の負担軽減を図ることを目的とします。                    |
| 介護予防通所サービス   |
| 要支援状態の利用者に対し、適切な介護予防通所サービスの提供を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、要介護状態となることを予防し、生活機能の維持又は向上を図ることを目的とします。 |

### 3. 運営の方針

|   |
|---|
| 1. 地域包括ケアシステム推進に尽力しながら、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努め、自立支援・重度化防止につながる機能訓練及び支援を行います。 |
| 2. 地域住民との意見や情報交換を定期的に行い、地域との繋がりに配慮した地域社会への貢献を行います。                                    |

3. 利用者の在宅生活継続に必要な健康に関する情報について、医療関係者と家族やその他サービス事業者等の介護支援に係わる関係者間の共有が密接に行われるよう配慮します。
4. 事業の運営にあたっては、市町、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携につとめます。

#### 4. 事業所の職員体制

| 従業者の職種       | 人数 | 常勤 | 非常勤 | 職務内容                                     |
|--------------|----|----|-----|--|
| 管理者          | 1人 | 1人 | —   | ●従業者の管理及び業務の管理を行う                        |
| 生活相談員        | 2人 | 1人 | 1人  | ●サービスの利用者申し込みにかかわる調整<br>●生活相談員としてサービスの提供 |
| 看護職員兼機能訓練指導員 | 2人 | 1  | 1人  | ●利用者の健康状態の把握・管理<br>●利用者の状況に応じた機能訓練       |
| 介護職員         | 6人 | 1人 | 5人  | ●利用者の心身の状況に応じた介護・相談<br>●利用者状況の把握         |
| 栄養士          | 1人 | —  | 1人  | ●利用者の状況に応じた食事の献立作成等                      |
| 調理員          | 0人 | —  | 0人  | ●利用者の状況に応じた食事の調理、提供                      |

#### 5. 営業日及び営業時間

|          |  |
|----------|--|
| 営業日      | ●月曜日から土曜日まで<br>〈定休日〉8月14日と15日、12月31日から1月3日<br>※但し、利用者の状況によっては、この限りではありません。 |
| 営業時間     | ●原則、午前7時から午後7時まで<br>※但し、利用者の状況によっては、この限りではありません。                           |
| サービス提供時間 | ●午前8時から午後5時までの9時間<br>※但し、利用者の状況によってはこの限りではありません。                           |
| その他      | ●電話等により365日24時間常時連絡が可能な体制としています。<br>〈営業時間外〉080-5239-4085                   |

#### 6. サービス内容

| 種類                 | 内容  |
|--------------------|---|
| 通所介護（通所介護予防）計画書の作成 | 利用者に係る居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）が作成した居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に基づき、利用者の意向や心身の状況、環境等の聴取りを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた地域密着型通所介護計画（介護予防通所サービス計画）を作成します。 |
| 日常生活上の世話           | 入浴の提供及び介助<br>入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。   |
|                    | 食事の提供及び介助<br>栄養士の立てる献立による食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。  |

|          |                |  |
|----------|----------------|--|
|          |                | また、嚥下困難者のための刻み食、流動食等の提供を行います。                        |
|          | 排泄の介助          | 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行うと共に、排泄の自立について適切な援助を行います。 |
|          | 更衣介助           | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。                      |
|          | 移動・移乗介助        | 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。                 |
|          | 服薬介助           | 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。          |
| 機能<br>訓練 | 日常生活動作を通じた訓練   | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。        |
|          | レクリエーションを通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。        |
|          | 個別訓練           | 必要に応じ、機能訓練指導員が個別に、専門的知識に基づく機能低下を防止するためなどの訓練を行います。    |
| その他      | 栄養改善           | 低栄養状態又はその恐れのある利用者に対して、栄養指導を行います。                     |
|          | 口腔ケア           | 口腔清掃、摂食・嚥下機能の指導を行います。                                |
|          | 送迎             | 利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。                              |
|          | 相談・助言          | 日常生活上の介護等に関する相談及び助言を行います。                            |
|          | 健康チェック         | 体温、血圧測定等を行い健康状態の把握を行います。                             |
|          | 創作活動           | 趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。                              |

- ① 上記のサービス提供にあたっては、地域密着型通所介護計画及び介護予防通所サービス計画に沿ったサービスの提供をいたします。
- ② サービスご利用の記録は、ご用意する通帳と、事業者保管の諸記録用紙に必要事項を記載し、計画書と合わせ、2年間は適正に保管します。利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は、実費負担により、その写しを交付します。
- ③ サービス提供は、親切丁寧に行い、わかりやすいよう説明を行います。
- ④ 分からないことがあれば、担当の職員にご遠慮なく質問してください。

## 7. 利用料金

※1 付属別紙「サービスご利用料金表」をご参照ください。

## 8. サービス利用に当たっての留意事項

利用者は予め、かかりつけ医師等に相談し指示を受け、通所介護及び介護予防通所サービスを利用する際の留意事項（入浴時における事項、機能訓練における事項、服薬その他）について、事前に担当の職員にお伝えください。

## 9. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は、事業所の協力医療機関へ連絡を行い、医師の指示に従い適切な対応にあたります。また、速やかに管理者へ報告するとともに、利用者の家族、緊急連絡先、当該利用者に係る居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所へ連絡を行い、必要に応じて、警察、消防署等へ協力依頼し、状況に応じ、保険者に連絡します。

なお、利用者の主治医及び緊急連絡先に関しては、担当の介護支援専門員と連絡をとるものとします。

## 10. 事業所の協力医療機関

|                     |       |                    |
|---------------------|-------|--------------------|
| 利用者の主治医及び<br>協力医療機関 | <名 称> | 庄原市高野診療所           |
|                     | <医 師> | 山崎 力               |
|                     | <所在地> | 広島県庄原市高野町新市1150番地1 |
|                     | <電 話> | 0824-86-3066       |

### 11. 非常災害対策

- (1) 消火器等の消火設備を整備し、非常災害に関する具体的な計画をたてています。
- (2) 消防機関との連携を密にして、避難救出及び消火に関する訓練を適宜実施しています。

### 12. 衛生管理

すべての従業者は定期的に健康診断を行い、健康管理、清潔の保持に努めます。  
また、事業所の設備及び備品等を清潔にし、衛生管理に留意します。  
事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないよう十分に留意します。

### 13. 秘密の保持

従業者は業務上知り得た秘密を漏らしません。また、退職後もこれを守秘します。

### 14. 苦情相談窓口

※2付属別紙「苦情・相談の連絡先について」をご参照ください。

### 15. 事故発生時の対応方法

事業所が提供するサービス中に事故が発生した場合は、市町、家族、緊急連絡先、当該利用者に係る居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、管理者に連絡を行い、必要な措置を講じます。

- (1) 事故報告書にて職員周知を行い、事故の原因を解明し、事故防止マニュアルの整備や研修会等を開催するなど事故防止に努めます。
- (2) 事故の状況及び採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。
- (3) 必要に応じて保険者、県等の指導助言を仰ぎます。

### 16. 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次のとおり必要な措置を講じます。

- (1) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) その他虐待防止のために必要な措置。

### 17. その他

- (1) 事業所は、従業者の資質向上を図るため、次のような研修の機会を設けるものとし、また業務体制を整備します。

- ① 採用時研修
- ② 継続研修
- ③ その他の研修

- (2) 事業所は、運営責任者と主任等で常にサービス内容を検討する定期的な会議を行いません。
- (3) 従業者は常に身分証明証を携帯しておりますので、必要な場合には提示をお求めください。
- (4) 従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (5) この説明書に記載した事項のほか、事業所の運営に関する重要事項は、可能な限り利用者の立場に立つことを原則に、社会福祉法人庄原市社会福祉協議会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。
- (6) サービス提供にあたっては、厚生労働省令に定められた基準に基づき行うものとし、改正に伴う重要事項説明書の一部変更は、その都度速やかに利用者に通知するものとします。

令和 年 月 日

当事業所は、利用者に対するサービス提供開始にあたり、サービス内容及び重要事項説明書に基づいて説明しました。

利用者は、重要事項の内容について同意したことを証するため、本書 2 通を作成し、利用者若しくはその代理人と事業所が署名もしくは記名・押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

事業者(法人) 広島県庄原市西本町四丁目 5 番 26 号  
社会福祉法人 庄原市社会福祉協議会

事業所名 庄原市社協通所介護事業所だんだん 印

所在地 広島県庄原市高野町新市 1 1 5 0 番地 1

説明者 \_\_\_\_\_

私は、サービス内容及び重要事項につきまして、この説明書を基に、サービス事業所から説明を受けました。

(利用者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(署名代行者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

(署名代行の理由 ※口内に○をつけてください)

① 本人が身体上の理由により署名できない。

② その他の理由 { \_\_\_\_\_ }

※1 〈付属別紙〉

指定地域密着型通所介護・指定介護予防通所サービスご利用料金表

庄原市社協通所介護事業所だんだん (令和3年4月改正)

○地域密着型通所介護サービスの場合 (自己負担額)

| 要介護度   | 3～4時間     | 6～7時間      | 7～8時間      |
|--|-----------|------------|------------|
| 要介護1   | 4,150 円/回 | 6,760 円/回  | 7,500 円/回  |
| 要介護2   | 4,760 円/回 | 7,980 円/回  | 8,870 円/回  |
| 要介護3   | 5,380 円/回 | 9,220 円/回  | 10,280 円/回 |
| 要介護4   | 5,980 円/回 | 10,450 円/回 | 11,680 円/回 |
| 要介護5   | 6,610 円/回 | 11,680 円/回 | 13,080 円/回 |
| <p>【加算項目】 * サービス提供体制強化加算 (I) 220 円/回</p> <p>* 入浴加算 I 400 円/日</p> <p>* 実費として食費 (食材料費+調理費) 600 円/1 食</p> <p>* 介護職員処遇改善加算 (II) 総額の 1,000 分の 43/月</p> <p>* 介護職員等特定処遇改善加算 (I) 総額の 1,000 分の 12/月</p> <p>【減算項目】 * 同一建物内の住居から利用する者に通所介護を行なう場合 1 日につき介護度に関係なく 940 円</p> |           |            |            |

○介護予防通所サービスの場合 (自己負担額)

| 対象者   | サービス利用回数 | 利用料        |
|---|----------|------------|
| 事業対象者及び要支援者   | 1 回/週の利用 | 16,720 円/月 |
| 事業対象者及び要支援者   | 2 回/週の利用 | 34,280 円/月 |
| <p>【加算項目】 * サービス提供体制強化加算 (I) 1 (1 回/週利用) 880 円/月</p> <p>* サービス提供体制強化加算 (I) 2 (2 回/週利用) 1,760 円/月</p> <p>* 実費として食費 (食材料費+調理費) 600 円/1 食</p> <p>* 介護職員処遇改善加算 (II) 総額の 1,000 分の 43/月</p> <p>* 介護職員等特定処遇改善加算 (I) 総額の 1,000 分の 10/月</p> <p>【減算項目】 * 同一建物内の住居から利用する者に通所介護を行なう場合 1 ヶ月につき 1 回/週の利用者は 3,760 円、2 回/週の利用者は 7,520 円</p> |          |            |

## 補足説明

- ① 通常の事業の実施地域以外の地域に居住される利用者に対して送迎を行う場合は、通常の事業の実施地域を超えた地点から路程 1 キロメートル当たり 25 円を実費としていただきます。
- ② 提供サービスが介護保険の適用を受ける場合、保険者から提供される負担割合証に記載してある負担割合に基づき、利用料のお支払いをしていただきます。  
但し、介護保険法に基づいて、保険給付を償還払い（いったんあなたが利用料の全額を払い、その後、市町から払い戻しを受ける方法）の方法をご希望の場合は、お申し出ください。
- ③ 提供サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ④ 当事業者は、あなたに対し、サービスの利用回数及び当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し請求書に添付して請求先に送付します。
- ⑤ 利用者の個人負担金は、当月分を翌月末に徴収する事とし現金徴収、または口座振替による支払いとします。その当月分の請求明細書は翌月 25 日までに利用者宛、または、その希望される宛先へ送付することとします。
- ⑥ サービス証明書が必要な場合（所得税納付額や原爆手帳保持者の方など減免措置が行われる場合）お申し出ください。
- ⑦ サービスの中止をする際には、すみやかに事業所まで、ご連絡下さい。  
利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービス利用当日の朝 8 時 30 分までにご連絡下さい。それ以降のキャンセルについては、原則下記のキャンセル料を申し受けることがあります。ご了承下さい。

| 時 期                   | キャンセル料      |
|-----------------------|-------------|
| サービス利用当日の朝 8 時 30 分まで | 無料          |
| サービス利用当日の朝 8 時 30 分以降 | 基本利用料の 100% |

注 1 ※利用者の容体急変等、緊急やむを得ない事情があると認められる場合はこの限りではありません。（行政・担当介護支援専門員と確認します。）

注 2 ※利用者又は家族による度重なるサービスのキャンセルがある場合には、利用者の担当介護支援専門員に連絡を行い、サービスの変更・中止について相談させていただきます。



苦情・相談の連絡先について（令和3年4月改正）

庄原市社協通所介護事業所だんだん

サービス利用にあたり、利用者は次の所へ苦情を申し立てる事ができます。

|  |   |
|--|---|
| <p>【事業所窓口】<br/>庄原市社会福祉協議会<br/>庄原市社協通所介護だんだん</p>  | <p>〈所在地〉 広島県庄原市高野町新市1150番地1<br/>         〈電話〉 0824-86-3044<br/>         080-5239-4085（営業時間外）<br/>         〈受付時間〉 365日 午前8時30分～午後5時30分<br/>         〈苦情解決責任者〉 森末 由美子<br/>         〈相談・苦情受付担当者〉 永田 伸子</p> |
| <p>【第三者委員】<br/>庄原市社協居宅介護事業に対する苦情等の連絡調整を行う第三者</p> | <p>【委員】 加島 眞一<br/>         〈住所〉 広島県庄原市高野町下湯川555番地<br/>         〈電話〉 0824-86-2235<br/>         【委員】 藤原 弘子<br/>         〈住所〉 広島県庄原市高野町上湯川156番地<br/>         〈電話〉 0824-86-2637</p>                         |
| <p>【行政窓口】<br/>庄原市役所<br/>高齢者福祉課<br/>介護保険係</p>     | <p>〈所在地〉 広島県庄原市中本町一丁目10番1号<br/>         〈電話〉 0824-73-1167<br/>         〈受付時間〉 月曜日～金曜日（午前8時30分～午後5時15分）<br/>         〈定休日〉 土曜日・日曜日・祝日及び年末年始</p>  |
| <p>国民健康保険団体連合会<br/>介護保険課</p>                     | <p>〈所在地〉 広島県広島市中区東白島町19番49号国保会館<br/>         〈電話〉 082-554-0783<br/>         〈受付時間〉 月曜日～金曜日（午前8時30分～午後5時15分）<br/>         〈定休日〉 土曜日・日曜日・祝日及び年末年始</p>   |
| <p>広島県社会福祉協議会<br/>（広島県福祉サービス運営<br/>適正化委員会）</p>   | <p>〈所在地〉 広島県広島市南区比治山本町12-2<br/>         〈電話〉 082-254-3419<br/>         〈受付時間〉 月曜日～金曜日（午前8時30分～午後5時）<br/>         〈定休日〉 土曜日・日曜日・祝日及び年末年始</p>   |