

通所介護重要事項説明書

1 施設経営法人

法人名 社会福祉法人 幸楽会
所在地 秋田県秋田市上新城中字片野四番地
電話番号 018-870-2224
代表者氏名 理事長 渡邊 良雄
法人設立 昭和56年10月9日

2 事業の目的

この事業は、介護保険法等の関係法令、日常生活支援総合事業実施要綱の趣旨にしたがって、利用者が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、または利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の解消を図るために通所介護等を提供することを目的とします。

3 ご利用施設

施設の名称 社会福祉法人幸楽会 外旭川デイサービスセンター幸
施設の所在地 秋田県秋田市外旭川字鳥谷場136番
介護保険指定番号 第0570107128号
サービス種類 通所介護
事業開始年月日 平成12年4月1日
管理者 堀井 沙織
電話番号 018-868-5415
利用定員 37名（月曜日～金曜日）27名（土曜日）
休業日 日曜日・12/31～1/3
営業時間 午前9時15分～午後4時15分（送迎時間を除く）
利用日 通所介護計画等のおり
利用時間 通所介護計画等のおり
利用可能設備等 食堂兼機能訓練室（ホール）142㎡・相談室 1室
静養室 1室・送迎車 6台 浴室（一般浴槽・特殊浴槽）
トイレ
サービス内容 通所介護計画等に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、排泄
機能訓練等、その他必要な援助を行います。
対象地域 秋田市

4 職員の体制状況（令和6年4月1日現在）

| | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 | 計 |
|-----------------|-----------------|-------|-----|-----------|----|
| 管理者 | 介護福祉士他 | 1(1)名 | | 管理 | 1名 |
| 生活相談員 | 社会福祉主事 任用資格他 | 3(3)名 | | 相談・介護 | 3名 |
| 看護職員 機能訓練指導員 | 看護師・准看護師 | 2(2)名 | | 看護・機能訓練指導 | 2名 |
| 介護職員 | 介護福祉士他 | 6(3)名 | | 介護 | 6名 |
| 栄養士・調理員 | | | | 給食調理（委託） | |

※()内は兼務職員人数

5 利用料金

<通所介護1割負担の場合>

| 項目 | 介護度 | 通所介護 | |
|------|---|----------|----------------------|
| 基本料金 | 要介護1 | 658円/日 | |
| | 要介護2 | 777円/日 | |
| | 要介護3 | 900円/日 | |
| | 要介護4 | 1,023円/日 | |
| | 要介護5 | 1,148円/日 | |
| 加算料金 | 入浴加算 | | 40円/回 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ | | 22円/回 |
| | 個別機能訓練加算Ⅰ | | 56円/回 |
| | ADL維持等加算（Ⅰ） | | 30円（Ⅰ）60円（Ⅱ）/月 |
| | 科学的介護推進体制加算 | | 40円/月 |
| | 介護職員処遇改善加算Ⅰ | | 利用料金（所定単位数）に5.9%乗じた額 |
| | 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ | | 利用料金（所定単位数）に1.2%乗じた額 |
| 他料金 | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | | 利用料金（所定単位数）に1.1%乗じた額 |
| | 昼食代（おやつ含む） | | 650円 |
| 備考 | ① 本利用料はサービス提供時間が7時間以上8間未満の場合です。 ② 送迎代は基本料金に含まれます。 ③ 行事参加費、おむつ代、活動材料費は自己負担となります。 ④ 利用料は、翌月10日請求書発行後、選択した納入方法で支払います。 ⑤ 個別機能訓練加算は機能訓練員が配置されている日に算定します。 | | |

※負担割合1割以外の方は、上記の基本料金を参照し算定させていただきます。

介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

< 第一号通所事業 1 割負担の場合 >

| 第一号通所事業通所介護 | | | | | |
|-------------|------------------|----------------|--------------------------|----------|-----------|
| | 区分 | 1 回につき | 日単位料金 | 1 ヶ月上限 | 備考 |
| 基本料金 | 要支援 1 | 384 単位 | 55 円/日 | 1,672 単位 | 週 1 回程度利用 |
| | 要支援 2 | 395 単位 | 113 円/日 | 3,428 単位 | 週 2 回程度利用 |
| 加算料金 | 運動器機能向上加算 | | 225 円/月 | | |
| | 科学的介護推進体制加算 | | 40 円/月 | | |
| | 介護職員処遇改善加算 I | | 利用料金 (所定単位数) に 5.9% 乗じた額 | | |
| | 介護職員等特定処遇体制加算 I | | 利用料金 (所定単位数) に 1.2% 乗じた額 | | |
| | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | | 利用料金 (所定単位数) に 1.1% 乗じた額 | | |
| | 要支援 1 | サービス提供体制加算 I 1 | | 88 円/月 | |
| | 要支援 2 | サービス提供体制加算 I 2 | | 176 円/月 | |
| 他料金 | 昼食代 (おやつ含む) | | | 650 円/回 | |

※負担割合 1 割以外の方、日割計算に該当する方は上記の基本料金を参照し算定させていただきます。介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

6 サービス内容

サービス開始前に利用者の方やご家族、ケアマネジャー等とよく話し合い内容を決定します。「ケアの三原則 (自己決定・能力の活用・生活の継続性)」を守り、利用者の自立した生活に向け援助します。

- ① 送迎：障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者に対し、専用車両にて、介護員を同乗させ、送迎サービス、移動、移乗介助等を行います。
- ② 食事：栄養士が作成する献立を調理し、口腔機能に合わせた食事形態で提供します。治療食はご相談下さい。
- ③ 入浴：利用者の状態に合わせて一般浴、特別浴を提供します。
- ④ 排泄：利用者の状態に合わせてトイレ介助、オムツ交換等の援助を行います。
- ⑤ 機能訓練：機能訓練指導員等が、日常生活を営むのに必要な機能の低下を防ぐためのサービスを提供します。
- ⑥ 趣味活動：利用者の希望に添って諸活動を行います。
- ⑦ 生活相談：利用者及びその家族の日常生活における介護、環境整備、手続き等に関する相談、助言を行います。

※ご本人の体調や身体状況等によって、安全性を確保するため、事業所の判断で援助内容を変更させていただく場合があります。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。すでに契約しているケアマネジャーがおられる場合は、当事業所と契約をする前にケアマネジャー等とご相談ください。

サービス提供が決まりましたら、契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスを終了する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合。但し、1年以内に利用者が介護保険施設を退所し再び居宅において日常生活を営む状況になった場合は、利用者と事業所の双方の合意により契約の継続が出来るものとします。
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）となった場合。または基本チェックリストに該当しなくなった場合。但し、1年以内に利用者が再び要介護認定となった場合は、利用者と事業所の双方の合意により契約の継続が出来るものとします。
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合。

③ その他

- ・ 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、またはやむを得ない事情により、当センターを閉鎖または縮小する場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当センターや当センターのサービス職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただきます。

8 当センターの通所介護等の特徴等

(1) 運営の方針

事業所の通所介護従事者は、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、利用者が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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・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っていきます。指定介護予防通所介護の提供にあたっては、事業所の通所介護従事者は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。事業の実施にあたっては、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、地域の保健・福祉・医療サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めてまいります。

介護保険サービス等において、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」及び法人が定める「高齢者虐待防止における対応及び指針」に基づき、利用者の安全と権利擁護の観点から虐待の防止とその適切な対応の推進に取り組んでいきます。

9 サービス利用にあたっての留意事項

(1) 送迎

時間に関しましては、あらかじめ利用者の方と相談し連絡いたします。

(2) 食事

食事のみのキャンセルはあらかじめご相談ください。

(3) サービス提供時間

ケアプラン等に基づいた時間でのご利用になりますが、変更を希望される方は、ご相談ください。

(4) 事業所内設備の使用

事業所内の設備や器具等は本来の用法を守って使用して下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、補償をしていただくことがあります。

(5) 喫煙・飲酒

喫煙は、健康増進法（R2年4月改正）により、施設内での喫煙は禁止となっております。ご希望の方は、利用時にご相談させていただきます。また、飲酒に关しましてはお控え下さい。

(6) 迷惑行為

けんか、暴行、中傷等、他人に対する迷惑行為はしないで下さい。

(7) 所持品の管理

持参いただく物は必要品に限らせていただき、貴重品の持参は避けて下さい。

(8) 宗教・政治活動

事業所内での宗教及び政治活動は控えていただきます。

(9) 動物の飼育

事業所内での動物等ペットの飼育や持ち込みは禁止しております。

1.0 緊急時等における対応方法

通所介護従事者等は、指定通所介護を実施中に利用者の病状等に急変、その他緊急の事態が生じたときは、速やかに家族、居宅介護支援事業所等に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならないこととしております。

1.1 賠償責任

- ① 事業者は、天災、事変その他の不可抗力により利用者が受けた損害、災害については、賠償責任を負わないものとします。
- ② 介護サービス提供上、事業者の責任において発生した事故については、速やかに、誠意をもって損害賠償を行います。但し、利用者側に重大な過失がある場合、または予測できない事故が発生した場合は、損害賠償を行わない、または、損害賠償の額を減じるものとします。
- ③ 前項の判断については、利用者、事業者は誠意をもって協議するものとします。

1.2 非常災害対策

- ① 防災時には消防計画に基づき、速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ② 防火管理者を選任するとともに、消火設備、非常放送設備等、必要な設備を常に良好に保ちます。
- ③ 消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員及び利用者が参加する消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。

1.3 サービス内容に関する苦情

通所介護に関する相談、要望、苦情等は下記の相談窓口担当までお申し込みください。

外旭川デイサービスセンター 幸
担当 堀井 沙織 須賀 英二 毛江田 由維
電話 018-868-5415 FAX 018-868-5416
受付時間 午前9時～午後4時（月曜日～土曜日）

苦情処理の手順

- ①苦情受付 → ②苦情受付の報告 → ③苦情解決に向けての話し合い →
④苦情解決結果の記録・報告 → ⑤解決結果の公表 → ⑥利用者への周知

○苦情解決第三者委員

遠藤 久美子 秋田市高陽青柳町10-20
TEL 018-863-7276
ボランティア団体代表〔さくらの会〕

永田 凡人 秋田市上新城中字家ノ後185-1
TEL 018-870-2040
上新城地区民生児童委員 幸楽園地元救援隊 副隊長

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

○秋田市福祉保健部・介護保険課

所在地 秋田市山王一丁目1-1
電話番号 018-888-5672
利用時間 午前8時30分～午後5時15分

○秋田市福祉保健部・長寿福祉課

所在地 秋田市山王一丁目1-1
電話番号 018-888-5668
利用時間 午前8時30分～午後5時15分

○秋田県国民健康保険団体連合会

所在地 秋田市山王四丁目2-3
電話番号 018-862-6864
利用時間 午前8時30分～午後5時15分

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 秋田市外旭川字鳥谷場136番
名称 外旭川デイサービスセンター 幸
説明者名 印

私は、契約書および本書面により、上記のものより通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者名 _____ 印

代理人名 _____ 印