

**「指定地域密着型通所介護」・「日常生活支援総合事業・第1号事業通所介護型サービス」
重要事項説明書**

**共楽苑は介護保険の指定を受けています。
(介護保険事業者番号 第3270800091号)**

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方、「事業対象者」の方、あるいはそれぞれにおいて申請中の方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の体制	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 虐待の防止のための措置	6
7. 苦情の受付について	6
8. 緊急時の対応について	7
9. 事故発生時の対応	7
10. 非常災害対策	7

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 わかくさ福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 島根県益田市上黒谷町526-5 |
| (3) 電話番号 | 0856-29-0104 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 岡崎 正興 |
| (5) 設立年月 | 昭和54年4月1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所 平成12年4月1日指定 |
| (2) 事業の目的 | 介護保険法の理念に基づき、居宅要介護・要支援者・事業対象者が自立した生活を送れるよう、通所による各種のサービスを提供します。当該利用者の生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図り、利用者の豊かな自立生活と介護予防に貢献することを目的とします。 |
| (3) 事業所の名称 | デイサービスセンター共楽苑 (地域密着型) 通所介護事業 |

- (4) 事業所の所在地 島根県益田市桂平町イ 107 番地 3
- (5) 電話番号 0856-29-0085
- (6) 管理者 苑長 岡 崎 正 興
- (7) 当事業所の運営方針 ①利用者の自立を支援し、可能な限り居宅においてよりよい日常生活を営むことができるよう配慮してサービス提供を行います。②懇切丁寧を旨とします。また、利用者の意欲を高めるよう適切な働きかけを行い、自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。
- (8) 開設年月 平成12年4月1日
- (9) 当苑が行っている他の業務
当苑では、次の事業もあわせて実施しています。
[居宅介護支援] 平成12年4月1日指定 島根県指定 第3270800539号
[その他益田市の委託事業] 通所託老 配食サービス
認知症緊急訪問 はつらつ介護ふれあい支援 等

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 益田市 萩市からの要請があれば旧・田万川町も可能
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	日曜日、8月13日から16日、12月30日から翌年1月4日までを除く毎日
営業時間	午前9時15分から午後4時20分
その他	管理者の判断により、上記の日時以外でも営業可能 (臨時の営業や休業時にはお知らせ致します)

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定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。

職種	常勤	非常勤	常勤換算	備考
管理者	1名		0.3	社会福祉士1(兼生活相談員)
生活相談員	2名		1.0	社会福祉士1・看護師1(看護職員兼務)
介護職員	1名	5名	2.5	
介護福祉士	1名	4名		
介護職員初任者研修過程修了者		1名		
その他				
看護職員	1名	2名	1.0	看護職員は機能訓練指導員も兼ねる
看護師		1名		
准看護師		1名		

調理員		3名		
運転手		0名		
嘱託医師		1名		
事務員		1名		他の事業と兼務

主な職種の業務内容については、以下のとおりです。

管理者	事業所全般の統括を行います。
生活相談員	利用者の日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介護職員	利用者の日常生活上の介護を行います。
看護職員	利用者のバイタルチェック、健康管理等の業務を行います。
機能訓練指導員	利用者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行います。(看護職員が兼務しています。)
調理員	利用者の食事、飲み物を作ります。
運転手	利用者の送迎業務を行います。
嘱託医師	利用者の健康上の相談に応じます。
事務員	事業所内の事務処理にあたります。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、介護保険法令に定められた通所介護・総合事業通所型サービスを提供します。利用の定員は、介護給付利用者・総合事業通所介護型利用者あわせて18名です。

当事業所が提供するサービスについては、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合と、 (2) や (3) のように利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合のもの
--

がありますので、ご注意下さい。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

介護保険の要介護認定、要支援認定をお持ちの方であって、介護給付が受けられる方につきましては、以下のサービスについては、通常、利用料金の9割（所得の状況によっては8割もしくは7割）が介護保険から給付されますので、自己負担金は通常1割（所得の状況によっては2割もしくは3割）となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

○ 通所介護 送迎 入浴 食事介護 生活相談 日常動作訓練 レクリエーション 家庭介護 相談 健康チェック
○ 総合事業通所介護型 送迎 入浴 食事支援 生活相談 機能訓練 グループ活動支援 家庭支援相談 健康チェック 【運動機能向上のためのマシンを備えた部屋あり】

☆ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた通所介護計画に定められます。

＜サービス利用料金＞

- ① 要介護認定を受けておられ、介護給付を受けられる利用者（1回のご利用につき）
（表は、自己負担金を1割とみなして記載。食事代は介護保険適用外となります。）

介護度	基本料金（地域密着） （7H～8H）	サービス提供体制強化加算 （I）	入浴加算 I	＋ 介護職員 処遇改善加算 （I）	食事代 （保険外）
要介護1	753円	22円	40円	介護保険 単位数の 0.092	600円
要介護2	890円	22円	40円		600円
要介護3	1032円	22円	40円		600円
要介護4	1172円	22円	40円		600円
要介護5	1312円	22円	40円		600円

※ 日常生活に要する経費等（例；おむつ代等）は実費自己負担となります。また、昼食後に特別に作るコーヒーは20円です。おやつは無料です。

ご利用の仕方や時間帯によっては、介護保険の法令に基づいて、料金が変わってくる場合もあります。詳細については、ご担当の介護支援専門員にお問い合わせ下さい。

- ② 要支援もしくは事業対象者の認定を受けておられ、総合事業を利用される利用者
（1ヶ月あたり）
（表は、自己負担金を1割とみなして記載。食事代は介護保険適用外となります。）

要支援度	基本料金 1ヶ月につき	サービス提供体制強化加算（I）	選択的サービス（選択しなくても良い）	
			運動器機能向上加算	生活機能向上グループ活動加算
要支援1 （事業対象者）	1798円	88円	225円	100円
要支援2 （事業対象者）	3621円	176円	225円	100円

- ・ 上記料金は、1ヶ月分の料金です。ご利用の回数や時間は、基本的には考慮されません。
- ※ 利用者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は介護予防通所介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割り計算での減額または増額はしません。
- ※ ただし、月の途中から利用を開始した場合は、開始月のみ、契約日からの日割り計算を行います。その他、以下の状況が生じたときは日割り計算となります。
 - 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
 - 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
 - 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
 - IV 月の途中で入所系サービスを利用した場合

- ・ 上記の料金の他、介護職員処遇改善加算Ⅰ（**介護保険単位数の0.092**）が加算されます。
- ・ 基本料金には送迎代・入浴代も含まれています（送迎が無い場合のみ送迎減算とします）。
- ・ 地域包括支援センター等の計画にそってご利用いただく形となります。
- ・ 選択できるサービスは、随時変更があり得ますので、ご了承下さい。
- ・ **昼食を召し上げられる場合は、1回につき、600円が追加されます。**
詳細については、ご担当の介護支援専門員等にご相談下さい。

【サービス提供体制強化加算（Ⅰ）とは、介護職員の総数のうち、「介護福祉士」の占める割合が100分の70以上である事業所に認められている加算です】

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービス

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ご契約者の負担となります。

②食事を行った場合は食事代（食材料費・提供費）を、おむつ代についてはその実費をいただきます。食事代は朝食400円 昼食600円 夕食600円となっています。

③日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担していただくことが適当と認められる費用については、その実費をいただきます。

（３）交通費

通常の事業実施地域（益田市・萩市田万川町）以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合、サービスの提供に際し送迎が発生した場合に関しては、通常地域を越えた地点から積算して走行距離1Km当たり15円の燃料実費をいただきます。

（４）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）、（３）の料金・費用は、① 利用日当日に現金によりお支払い、もしくは ② 翌月25日以降に口座引き落としの方法によりお支払い、が可能です。その他、支払い方法についてはご相談に応じさせていただきます。

（５）利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として介護保険の1割負担額の基本部分と食費相当額をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。また、総合事業をご利用の場合は、月額単位となっておりますので、取消料は発生いたしません。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の定員の状況により契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

6. 虐待の防止のための措置

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のため指針を整備します。
- (3) 従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するため、虐待防止委員会を設置しています。

7. 苦情の受付について

- (1) 苦情の受付 当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

[通所介護主任] 前 田 亮 二 電話 0856-29-0085
受付時間 月曜日～土曜日 9:00～17:00

○苦情解決責任者

[苑長・管理者] 岡 崎 正 興 電話 0856-29-0080

○第三者委員

豊 田 健 二 電話 0856-29-0125
宮 内 真 也 電話 0856-23-4375

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

益田市高齢者福祉課 地域包括推進係 事業者指導係	所在地 益田市常盤町1-1 電話番号 0856-31-0245 0856-31-0218 受付時間 8:30～17:15
島根県 高齢者福祉課 在宅サービスグループ	電話番号 0852-22-5235 受付時間 8:30～17:15
島根県 国民健康保険団体連合会	介護サービス苦情相談窓口 電話番号 0852-21-2811 受付時間 9:00～17:00
島根県運営適正化委員会	電話番号 0852-32-5913 受付時間 8:30～12:00 13:00～17:00

- (3) 第三者評価の実施状況 無し

サービス提供中にご利用者に緊急の事態が発生した場合、ご利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定された連絡先にも連絡します。また、救急救命の対応や救急搬送の要請など、ご契約者の生命・身体を最優先した対応をいたします。

事業所の連絡先	デイサービスセンター共楽苑	0 8 5 6 - 2 9 - 0 0 8 5
	苑長携帯	0 8 0 - 6 3 0 3 - 0 7 9 0

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者・地域包括支援センター等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。また、利用者又は家族に対して、自己の責任に帰すべき損害を与えた場合には速やかに損害賠償を行います。

当事業所は、非常災害時の関連機関への通報および連携をとり、利用者の安全を第一に必要な対応を行います。また、非常災害に備えるため、想定される災害に係る避難訓練等を実施しています。(防災訓練 年 4 回 消火訓練 年 1 回)。

年 月 日

説明者職名 氏名 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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者が説明を受けることが困難な場合の代理人

代理人 住所 _____

(続柄 _____) 氏名 _____ 印

令和7年4月1日 (改定) _____