

通所介護事業所美湯

# 重要事項説明書

社会福祉法人 優輝福社会

## 通所介護事業所美湯 重要事項説明書

あなたに対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 優輝福祉会
主たる事務所の所在地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
法人種別(法人名)	社会福祉法人
代表者	理事長 森重 利夫
電話番号	0824-43-3121

### 2. ご利用事業所

ご利用事業者の名称	通所介護事業所美湯
指定番号	3472100365 号
所在地	広島県庄原市宮内町美湯6353番2
電話番号	0824-75-0310
管理者氏名	伊藤 昌代
通常のサービス提供地域	庄原市 三次市(介護予防通所サービスのみ)
施設等の区分	地域密着型/介護予防通所サービス
定員	18人(介護予防通所サービス定員を含む)

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	居宅において要介護状態又は要支援状態にある高齢者(事業対象者も含む)に対し、適切な通所介護を提供する。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"><li>・要介護者等の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 (介護予防通所サービス)</li><li>・要支援者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り、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、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、利用者の心身の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する。</li><li>・事業の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉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るものとする。</li></ul>

## 4. ご利用事業所の職員体制

令和6年4月1日現在

ご利用事業所の 従業者の職種	員数	勤務の態勢
管 理 者	1名	常勤
生 活 相 談 員	2名	常勤1名・非常勤1名
看 護 職 員	4名	非常勤4名
介 護 職 員	7名	常勤1名・非常勤6名
機能訓練指導員	6名	常勤2名・非常勤4名
管 理 栄 養 士	1名	非常勤1名

## 5. 営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日 ただし、12月31日～1月3日までを除く。
営 業 時 間	午前8時00分～午後5時30分
提 供 時 間	午前9時20分～午後4時20分
延 長 時 間	5時間

## 6. 苦情・虐待申立窓口

ご 利 用 ご 相 談 窓 口	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 土日 午前8時30分～午後5時 ご連絡先 電話 0824-75-0310 苦情・虐待窓口担当者 佐々木 諭 苦情・虐待解決責任者 伊藤 昌代
法 人 指 定 第 三 者 委 員	上杉千恵美 電話番号(0824-73-0559)歌手 奥 易之 電話番号(0824-88-2548)無職 宮崎 文隆 電話番号(0824-66-2317)団体役員
庄 原 市 高 齢 者 福 祉 課 介 護 保 険 係	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご連絡先 電話 0824-73-1167
広 島 県 社 会 福 祉 協 議 会	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 ご連絡先 電話 082-254-3419
広 島 県 国 民 健 康 保 険 連 合 会 ( 国 保 連 ) 介 護 保 険 係	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご連絡先 電話 082-554-0783

## \* 苦情があった場合の対応手順

苦情があった場合は、担当者がご利用者及びサービス事業者や関係機関と調整し、速やかに対応します。

## 7. 事故発生時の対応

万一、事故が発生した場合は、家族、医師、居宅介護支援事業者、市町に連絡を行う等必要な措置を講じると共に、速やかに損害賠償を行います。但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

## 8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。  
また緊急連絡先に連絡いたします。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関の名称	
	主治医名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先(1)	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	
緊急連絡先(2)	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

### 協力医療機関

医療機関の名称	高場クリニック
医院長名	高場憲夫
所在地	三次市三良坂町三良坂877-5
電話番号	0824-44-2057
診療科	内科

医療機関の名称	庄原赤十字病院
医院長名	中島浩一郎
所在地	庄原市西本町2-7-10
電話番号	0824-72-3111
診療科	外科、整形外科、内科ほか

## 9. サービスの概要

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下のとおりです。

- (1) 送迎サービス
- (2) 健康チェック
- (3) 入浴サービス
- (4) 食事サービス
- (5) 生活指導
- (6) 日常動作訓練

- (7) レクリエーション
- (8) 時間延長サービス
- (9) 個別機能訓練
- (10) 栄養改善
- (11) 口腔機能向上
- (12) 運動機能向上(介護予防通所サービスのみ)

**\*サービス提供上の留意事項**

- ① サービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。
- ④ トラブル予防の為、大金や高価な物は持って来ないようにしてください。万が一紛失や損傷した場合は責任は持ちかねます。
- ⑤ 紛失や間違え予防の為、持ち物等へ名前を記入してください。
- ⑥ 忘れ物の保管は1カ月です。1カ月を過ぎた忘れ物は処分します。

**\*通所介護計画**

- ① 当事業所では、あなたの心身の状況や御希望、環境を踏まえて、機能訓練などの目標、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した通所介護計画を作成します。
- ② この通所介護計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。

**\*利用料**

【介護予防通所サービス費】(1ヶ月あたり)

サービス内容略称	1割負担 単位	2割負担 単位	3割負担 単位	備 考
<input type="checkbox"/> 予防通所サービス費(Ⅰ)	1,798	3,596	5,394	
<input type="checkbox"/> 予防通所サービス費(Ⅱ)	3,621	7,242	10,863	
<input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一建物減算(Ⅰ)	-376	-752	-1,128	
<input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一建物減算(Ⅱ)	-752	-1,504	-2,256	
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算	基本単位 -47	基本単位 -94	基本単位 -141	片道
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算(1月につき)	基本単位 -376	基本単位 -752	基本単位 -1,128	事業対象者・要支援1の場合
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算(1月につき)	基本単位 -752	基本単位 -1,504	基本単位 -2,256	事業対象者・要支援2の場合
<input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算	480	960	1,440	
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅱ (1)	72	144	216	
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅱ (2)	144	288	432	
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	40	80	120	

<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 I	5.9% 1月につき +所定単位×59/1000
<input type="checkbox"/> 介護職員等特定処遇改善加算 II	1.0% 1月につき +所定単位×10/1000
<input type="checkbox"/> 介護職員等ベースアップ等支援加算	1.1% 1月につき +所定単位×11/1000

※サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算は支給限度額管理の対象外の算定項目

【地域密着型通所介護費】(1日あたり)

サービス内容略称	1割負担 単位	2割負担 単位	3割負担 単位	備考
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1(時減:2時間以上3時間未満)	305	610	915	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2(時減:2時間以上3時間未満)	351	702	1,053	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3(時減:2時間以上3時間未満)	396	792	1,188	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4(時減:2時間以上3時間未満)	440	880	1,320	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5(時減:2時間以上3時間未満)	487	974	1,461	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1(3時間以上4時間未満)	416	832	1,248	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2(3時間以上4時間未満)	478	956	1,434	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3(3時間以上4時間未満)	540	1,080	1,620	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4(3時間以上4時間未満)	600	1,200	1,800	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5(3時間以上4時間未満)	663	1,326	1,989	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1(4時間以上5時間未満)	436	872	1,308	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2(4時間以上5時間未満)	501	1,002	1,503	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3(4時間以上5時間未満)	566	1,132	1,698	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4(4時間以上5時間未満)	629	1,258	1,887	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5(4時間以上5時間未満)	695	1,390	2,085	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1(5時間以上6時間未満)	657	1,314	1,971	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2(5時間以上6時間未満)	776	1,552	2,328	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3(5時間以上6時間未満)	896	1,792	2,688	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4(5時間以上6時間未満)	1,013	2,026	3,039	

<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5(5時間以上 6時間未満)	1,134	2,268	3,402	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1(6時間以上 7時間未満)	678	1,356	2,034	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2(6時間以上 7時間未満)	801	1,602	2,403	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3(6時間以上 7時間未満)	925	1,850	2,775	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4(6時間以上 7時間未満)	1,049	2,098	3,147	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5(6時間以上 7時間未満)	1,172	2,344	3,516	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1(7時間以上 8時間未満)	753	1,506	2,259	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2(7時間以上 8時間未満)	890	1,780	2,670	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3(7時間以上 8時間未満)	1,032	2,064	3,096	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4(7時間以上 8時間未満)	1,172	2,344	3,516	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5(7時間以上 8時間未満)	1,312	2,624	3,936	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1(8時間以上 9時間未満)	783	1,566	2,349	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2(8時間以上 9時間未満)	925	1,850	2,775	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3(8時間以上 9時間未満)	1,072	2,144	3,216	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4(8時間以上 9時間未満)	1,220	2,440	3,660	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5(8時間以上 9時間未満)	1,365	2,730	4,095	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(9時間以上 10時間未満)	8H9H 単位 +50	8H9H 単位 +100	8H9H 単位 +150	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(10時間以上 11時間未満)	8H9H 単位 +100	8H9H 単位 +200	8H9H 単位 +300	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(11時間以上 12時間未満)	8H9H 単位 +150	8H9H 単位 +300	8H9H 単位 +450	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(12時間以上 13時間未満)	8H9H 単位 +200	8H9H 単位 +400	8H9H 単位 +600	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(13時間以上 14時間未満)	8H9H 単位 +250	8H9H 単位 +500	8H9H 単位 +750	
<input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一建物減算	基本単位 -94	基本単位 -188	基本単位 -282	
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算	40	80	120	
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(Ⅰ)口	76	152	228	

<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月につき 20	1月につき 40	1月につき 60	
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算	基本単位 -47	基本単位 -94	基本単位 -141	片道
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	1月につき 40	1月につき 80	1月につき 120	
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	36	54	
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算Ⅰ	5.9%	1月につき +所定単位×59/1000		
<input type="checkbox"/> 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	1.0%	1月につき +所定単位×10/1000		
<input type="checkbox"/> 介護職員等ベースアップ等支援加算	1.1%	1月につき +所定単位×11/1000		

※サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算は支給限度額管理の対象外の算定項目

- 交通費  必要ありません。(サービス地域:庄原市内)  
 1キロ38円です。(境界域(圏域)を超えた所からご利用者宅までの往復距離に38円/kmを計算する)
- 食費  1日あたり600円です。  
洗濯代  1回あたり100円です。  
オムツ代  実費です。  
材料費  実費です。

① 通所介護サービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割又は一定の所得がある65才以上の被保険者については、所得に応じて2割もしくは3割をお支払いいただきます。

但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い(いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町村から9割～7割分の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。

② 提供を受ける通所介護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。

③ 毎月の利用料は、翌月20日までに自動引き落としの方法でお支払いください。

(他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください)。

**\* 保険給付の請求のための証明書の交付**

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください

【説明確認欄】

説明年月日 令和 年 月 日

当事業者（乙）は、利用者に対する通所介護サービスの提供開始に当たり、利用者、利用者の家族に対して、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

（乙）居宅サービス事業者

事業者名 社会福祉法人 優輝福社会  
所在地 広島県三次市吉舎町吉舎606番地  
事業所名 通所介護事業所 美湯

代表者氏名 理事長 森重 利夫 印

説明者 職種

氏名 印

私（甲）は、重要事項説明書に基づいて、居宅サービス事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

（甲1）利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（甲2）利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄）

（甲3）代筆者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄）