

通所介護事業所 ユーシャイン

重要事項説明書

社会福祉法人 優輝福社会

通所介護事業所ユーシャイン 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	
介護保険法令に基づき庄原市長から指定を受けている事業所名称(指定番号)	通所介護事業所ユーシャイン (3474700170号)	
各事業所につき介護保険法令に基づき庄原市長から指定を受けている居宅介護サービス種類	地域密着型通所介護 介護予防通所サービス	

2. ご利用事業所

ご利用事業者の名称	通所介護事業所ユーシャイン
指定番号	3474700170 号
所在地	広島県庄原市総領町中領家476番地
電話番号	0824-88-3000
管理者	若井 久子
定員	10人

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"> ・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) ・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。 ・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帯を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

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	勤務の形態
管理者	1名	常勤専従
生活相談員	3名	非常勤専従1名、非常勤兼務2名
看護職員	2名	非常勤専従1名、非常勤兼務1名
介護職員	4名	常勤専従1名、非常勤兼務3名
機能訓練指導員	3名	非常勤専従1名・非常勤兼務2名
管理栄養士	1名	非常勤専従1名

5. 営業時間及びサービス提供地域

営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日 ただし、12月31日～1月3日までを除く。
提供時間	午前9時20分～午後4時30分
営業時間	午前8時15分～午後5時30分
延長時間	5時間
提供地域	介護 庄原市 予防通所サービス 庄原市・三次市・神石高原町

6. 苦情・虐待申立窓口

<p>ご利用者ご相談窓口</p>	<p>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 ご利用方法 電話 0824-88-3000 窓口担当者 係長 伊藤 千博</p>
<p>法人指定第三者委員</p>	<p>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</p>
<p>市町村介護保険相談窓口</p> <p>庄原市総領支所 地域振興室 市民生活係</p> <p>庄原市高齢者福祉課 介護保険係</p> <p>三次市福祉事務所(予防) 高齢者福祉課介護保険係</p> <p>府中市福祉事務所(予防) 介護福祉係</p>	<p>所在地 庄原市総領町下領家280-1 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話 0824-88-3110 FAX 0824-88-2978</p> <p>所在地 庄原市中本町一丁目10-1 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話 0824-73-1167 FAX 0824-75-0245</p> <p>所在地 三次市十日市中二丁目8-1 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話 0824-62-6387 FAX 0824-62-6285</p> <p>所在地 府中市広谷町919-3 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話 0847-40-0222 FAX 0847-45-5522</p>
<p>広島県国民健康保険連合会 介護保険課</p>	<p>所在地 広島市中区東白島町19-49国保会館 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話 082-554-0783 FAX 082-511-9126</p>

* 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。

* 法人指定第三者委員の評価は行っていません。

7. 事故発生時の対応

万一、事故が発生した場合は、家族、居宅介護支援事業者、市町村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。

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 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	

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通りです。

- (1)送迎
- (2)健康チェック
- (3)入浴介助サービス
- (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)運動器機能向上(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りましたら、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。

***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"/> 栄養改善加算	200	400	600	
<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	
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	300	450	
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅲ (1)	24	48	72	
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅲ (2)	48	96	144	
<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 +基本単位×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

【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"/> 入浴介助加算(Ⅰ)	40	80	120	
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算定(Ⅰ)イ	56	112	168	
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算定(Ⅱ)	20	40	60	1月につき
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算	200	400	600	1回につき月 2回を限度
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	300	450	1回につき月 2回を限度
<input type="checkbox"/> 送迎の未実施	基本単価 -47	基本単価 -94	基本単価 -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"/> サービス提供強化加算Ⅲ	6	12	18	
<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 +基本単位×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、三次市、神石高原町)
 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

当事業者は、利用者に対する居宅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 優輝福祉会
事業者住所 広島県三次市吉舎町吉舎606番地
事業所名 通所介護事業所ユーシャイン
代表者氏名 理事長 森重 利夫

説明者 所属 通所介護事業所 ユーシャイン

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) 利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄)