

**社会参加通所サービス事業所美湯**

# **重要事項説明書**

**社会福祉法人 優輝福社会**

## 社会参加通所サービス事業所美湯 重要事項説明書

あなたに対する社会参加通所サービスの提供開始にあたり、厚生省令第140条の63の6第2号に基づいて、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	社会参加通所サービス事業所美湯
指定番号	34A2100020
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	森重 利夫
通常のサービス提供地域	庄原市
施設等の区分	通常規模
定員	13人

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	居宅において要支援状態にある高齢者(事業対象者を含む)に対し、閉じこもり防止及び自立支援を目的として日常生活上の支援を提供する事を目的とする。
運営の方針	<p>・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。指定社会参加通所サービスの事業は、その利用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、社会交流の場の提供や必要な日常生活上の支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の社会参加の促進及び生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p> <p>・事業の実施に当たっては、関係市町、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他保健・医療サービス又は、福祉サービスを提供する者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。</p>

## 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	常勤専従
従 事 者	4名	非常勤専従4名

## 5. 営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日 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10時00分～午後2時30分

## 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 森重 利夫
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。

## 8. 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。

## 9. 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

## 10. 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) 食事サービス
- (4) 生活指導
- (5) 運動機能向上

**\*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。  
 なお、次に掲げる行為は、適切にサービスを提供する妨げとなりますので、禁止行為とさせていただきます。  
 ア 職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)  
 イ 職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)  
 ウ 職員に対するセクシャルハラスメント(性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為)
- 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 紛失や間違い予防の為、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。

**\*社会参加通所サービス計画**

- ① 当事業所では、あなたの心身の状況や御希望、環境を踏まえた目標、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社会参加通所サービス計画を作成します。
- ② この社会参加通所サービス計画は、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**

**【社会参加通所サービス費】(1ヶ月あたり)**

サービス内容略称	1割負担	2割負担	3割負担	備考
<input type="checkbox"/> 社会参加通所サービス費 I	1,439	2,878	4,317	
<input type="checkbox"/> 社会参加通所サービス費 II	2,897	5,794	8,691	
<input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算	480	960	1,440	
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 II	9.0% 1月につき +所定単位×90/1000			
<input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一建物減算 I	-300	-600	-900	
<input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一建物減算 II	-600	-1200	-1800	
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算	-37	-74	-111	片道につき
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算(1月につき)	-300	-600	-900	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)	-600	-1,200	-1,800	事業対象者・要支援2の場合
<input type="checkbox"/> 定員超過利用減算	所定単位×70%			
<input type="checkbox"/> 人員基準欠如減算	所定単位×70%			

※介護職員等処遇改善加算は支給限度額管理の対象外の算定項目

交通費	<input type="checkbox"/> 必要ありません。(サービス地域:庄原市内)
入浴代	<input type="checkbox"/> 1回あたり310円です。
食費	<input type="checkbox"/> 1日あたり600円です。
洗濯代	<input type="checkbox"/> 1回あたり100円です。
延長利用代	<input type="checkbox"/> 1日あたり1,000円(2時間)です。
オムツ代	<input type="checkbox"/> 実費です。
材料費	<input type="checkbox"/> 実費です。

① 社会参加通所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 提供を受ける社会参加通所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、利用者に対する社会参加通所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 社会参加通所サービス事業所 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）