

# 指定通所介護サービス等重要事項説明書

当事業者は、ご契約者に対して指定通所介護及び介護予防・生活支援サービス事業通所介護サービス（以下、「通所介護サービス」という）を提供いたします。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次のとおり説明いたします。

#### 1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人森町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	437-0215
電話番号	0538-85-5769
法人種別及び名称	社会福祉法人森町社会福祉協議会
代表者職	会長
代表者氏名	比奈地 敏彦

事業所の名称	森町園田デイサービスセンター
事業所の所在地	周智郡森町谷中513-10
事業所の電話番号	0538-85-1341
介護保険事業所番号	2276300163
指定年月日	平成22年 4月 1日
通常の事業の実施地域	森町

#### 2 事業者の職員の概要

職 種	常勤・専従	常勤・兼務	非常勤・専従	非常勤・兼務
管理者		1名		
生活相談員		3名		
機能訓練指導員				3名
看護職員				3名
介護職員	2名			

#### 3 通所介護施設の概要

定員	20名
食堂及び機能訓練室	92.50㎡
浴室	一般浴室 9.51㎡ 脱衣室 12.68㎡
その他の設備	静養室 23.19㎡ 相談室 6.62㎡ 送迎車 2台

#### 4 営業日・営業時間及びサービス提供時間

営業日	月曜日から土曜日
休日	日曜祝祭日・年末年始（12/29～1/3）
営業時間	午前8時30分から午後5時15分
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時35分

#### 5. 指定通所介護及び介護予防・生活支援サービス事業通所介護の運営の方針

要介護者等の心身の状況及びその置かれた環境等に応じて、可能な限りその居宅において、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、また利用者の社会的孤独感の解消や心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的軽減を図るため、日常生活上必要な介護・援助及び支援を行う。

## 6. 提供するサービスの内容

### ① 食事の提供

食事の提供及び必要な介助を行います。

### ② 入浴（個浴、一般浴、機械浴）

入浴サービスの提供及び必要な介助を行います。

### ③ 日常生活動作の機能訓練

利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。

### ④ 健康状態の確認

体調や血圧等の確認を行います。

### ⑤ 送迎

居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。

### ⑥ 日常生活における相談及び助言

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

### ⑦ その他日常生活上の援助

利用者に必要な日常生活上の世話及び援助を行います。

## 7. 利用料金等

### (1) 基本利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。（※単位数に10.14円を乗じた金額）

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

また、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

### ■通所介護利用料（1日の利用料）

要介護度	基本単位数	基本利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	658単位	6,672円	664円	1,334円	2,001円
要介護度2	777単位	7,878円	788円	1,576円	2,363円
要介護度3	900単位	9,126円	913円	1,825円	2,738円
要介護度4	1,023単位	10,373円	1,037円	2,075円	3,112円
要介護度5	1,148単位	11,640円	1,164円	2,328円	3,492円

### ■介護予防・日常生活支援総合事業通所介護利用料（1か月の利用料）

要介護度	基本単位数	基本利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1,798単位	18,232円	1,823円	3,646円	5,470円
要支援2	3,621単位	36,717円	3,672円	7,343円	11,015円

### (2) 加算

当事業所の通所介護サービスの提供（介護保険適用部分）に際し、以下の要件を満たす場合、上記基本料に、以下の料金が加算されます。

加算種類	加算の要件	単位数	基本料金
入浴介助加算	利用者の方に対して入浴介助を行った場合	40 単位	406 円
介護職員処遇改善加算Ⅲ	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金改善等実施しているものとして都道府県に届出をしている場合		基本料金＝ 総単位数×14.5%×10.14 円 (※R&. 6.1 より)
介護職員等ベースアップ等支援加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金改善等実施しているものとして都道府県に届出をしている場合		

#### その他の費用

①食材料費 1食：550円

②日常生活において通常必要とされる費用

#### (3) 料金の支払い方法

①毎月末締め、翌月25日払い。

②農協口座より自動引き落とし。

#### (4) キャンセル料

あなたのご都合により当日の指定通所介護等をキャンセルした場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルする場合は至急当事業者に連絡して下さい。

	利用料	その他の費用
前日までにご連絡いただいた場合	無料	無料
当日ご連絡いただいた場合	無料	食材料費：550円

#### 8. サービスの利用に当たっての留意事項

(1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。

(2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

(3) 利用者の事情で時間に遅れた場合、送迎サービスが受けられない場合があります。

#### 9. 秘密保持及び個人情報の保護

(1) 事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。

(2) 事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議、居宅介護支援事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません

#### 10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに利用者の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

#### 11. 事故発生時の対応

通所介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

#### 12. 感染症及び災害の対応

感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して通所介護サービスの提供を受けられるよう、指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計

画に従い、従業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施します。

感染症が発生、又はまん延しないように 次の措置を講じるものとします。

- (1) 感染症の発生又はそのまん延を防止するための指針の整備
- (2) 感染症の発生又はそのまん延を防止するための研修及び訓練の実施

13. 虐待防止のための措置

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人権の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。また、サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見したときは、速やかに 市町に通報するものとします。

- (1) 虐待防止委員会の開催
- (2) 高齢者者虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止研修の実施
- (4) 専任担当者の配置

14. 苦情処理

あなたは、当事業者の通所介護サービスの提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。

苦情相談窓口： 森町社会福祉協議会 事務局長 村松成弘

TEL 0538-85-5769

森町園田デイサービスセンター 主任生活相談員 鍋田千穂

TEL 0538-85-0900

その他相談窓口

森町役場 保健福祉課 介護保険係	0538-85-1800
静岡県国民健康保険団体連合会	054-253-5590

15. 福祉サービス第三者評価は実施なし。

令和 年 月 日

(事業者)

通所介護サービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県周智郡森町森 50-1

名 称 社会福祉法人 森町社会福祉協議会

説明者 \_\_\_\_\_ 印

(利用者)

この説明書により、通所介護サービスに関する重要事項の説明を受けました。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印