

# 地域密着型通所介護重要事項説明書

[令和 年 月 日現在]

当事業所はご契約者に対する地域密着型通所介護（以下通所介護という）の提供開始にあたり、平成18年3月14日厚生労働省令第34号第37条で準用する同令第3条の7に基づいて、当事業所が説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社 風の便り
代表者名	取締役 藤本佳彦
所在地・連絡先	(住所) 山口県岩国市平田2丁目18番12号 (電話) 0827-32-1118 (FAX) 0827-32-1118

## 2. 事業所の概要

### ① 事業所名称及び事業所番号

事業所名	宅老所 風の便り
所在地・連絡先	(住所) 山口県岩国市平田2丁目18番12号 (電話) 0827-32-1118 (FAX) 0827-32-1118
事業所番号	3570800965
管理者の氏名	藤本佳彦
利用定員	10名

### ② 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換 算後の 人数 (人)	職務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)		
管理者 (生活相談員、介 護職員を兼務)	1	1	0	1	事業所の従業員の管理及び業務の 管理を行う
生活相談員	5	3	2	1.0	利用者及びその家族の相談業務

介護職員 ※常勤1名が管理者・生活相談員と兼務 ※常勤3名、非常勤2名が生活相談員と兼務	6	3	2	3.8	1. 利用者の食事、排泄、入浴に対する適切な支援 2. 施設内外での余暇活動の支援
調理員(介護職員、生活相談員と兼務)	6	3	2	3.8	利用者に提供する食事の調理
機能訓練指導員	1	0	1	1	利用者に対しての適切な機能訓練指導
運転手(介護職員、生活相談員と兼務)	6	3	2	3.8	利用者を送迎するときの運転

### ③ 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の時間帯(8時30分～17時45分)、 常勤及び交代で勤務	常勤週2日
生活相談員		
介護職員		
調理員		
機能訓練指導員		
運転手		

### ④ 事業の実施地域

事業の実施地域	1. 旧岩国市(車での送迎不可な離島を除く)
---------	------------------------

### ⑤ 営業日

営業日	営業時間	サービス提供時間
土曜日、日曜日、第3水曜日、年末年始(12月30日～1月3日)、お盆休み(8月14日～8月16日)を除く毎日	8時30分～ 17時45分	9時30分～16時30分

### 3. サービスの内容及び費用

#### ① 介護保険給付対象サービス

##### (ア) サービス内容

種類	内容
食事	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 食事時間は特に決めておりませんがお昼ごろです。又、時間に制限はありませんので、ゆっくり召し上がって頂きます。</li><li>2. 身体に障害がある方も出来る限り椅子に座り足がついた状態で、ご自分で召し上がって頂く様に援助します。</li><li>3. 食事はスタッフが作ります。 出来る限り利用者の好みや身体状況に合わせたものを提供します。 食事サービスの利用は任意です。</li><li>4. 平成 17 年 10 月 1 日より、食事サービスの介護保険適用はなくなりましたが、実費を頂いて実施します。 判りやすくするために、この欄に記載しました。</li></ol>
入浴	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 入浴を行います。(本人の希望を尊重して、無理強いすることはありません。)</li><li>2. 寝たきり等で座位がとれないと思われる方もほとんどの方は座位がとれるようになります。時間をかけて援助し、どんなに障害の重い方も坐った状態で普通の家庭浴槽に入って頂けるように適切な援助を行います。</li><li>3. 湯船にかかる時間は本人にお任せします。決して急がせることはありません。</li><li>4. 青森ヒバの浴槽(生活リハビリ浴槽)を使用しており、安全で、しかもくつろげる空間となっております。</li><li>5. 入浴サービスの利用は任意です。</li></ol>
排泄	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立(オムツを使用しない)に対しても適切な助言を行います。</li><li>2. 決して寝たまま排泄させることはせず、トイレに坐って排泄出来るように援助します。</li></ol>
機能訓練	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 介護職員が上記の食事、入浴、排泄を生活リハビリとして随時行います。</li><li>2. その他利用者の希望に応じて積極的に外出も行い、社会的孤立感の解消に努め、ご利用者の元気を引き出します。これも生活リハビリと位置づけています。</li></ol>
健康チェック	毎朝、体温・血圧・脈拍を測定します。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。

送迎	1. ご自宅から施設までの送迎を行います。 2. ご希望があればベッドからの送迎も行います。 3. 送迎サービスの利用は任意です。
----	---

(イ) 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の 1 割又は 2 割又は 3 割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】 平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省告示第 126 号（平成 31 年 3 月 28 日厚生労働省告示第 101 号改正現在）

●地域密着型型通所介護費

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合（当事業所のサービス提供時間）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
7530 円	8900 円	10320 円	11720 円	13120 円

○加算（1 日につき）

種類	利用料
認知症加算 (日常生活自立度Ⅲ以上の方)	600 円
入浴加算Ⅱ	550 円
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）イ	220 円
科学的介護推進体制加算	400 円(1 か月につき)
介護職員 処遇改善加算(Ⅲ)	上記合計料金×8.0%（介護保険より）

・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

② 介護保険給付対象外サービス

○食事提供費

食事サービスを受ける方は、食事提供費（1日 700 円）が必要となります。

○オムツ代

オムツ、尿取りパットは原則としてご持参いただき、緊急に使用したのものに関しては実費（オムツ 1 枚 100 円、尿取りパット 1 枚 50 円）が必要となります。

○交通費

旧岩国市外の方の利用に関しては相談の上実費（旧岩国市外 1 km 当たり片道 50 円×2＝100 円）を頂きます。

○夕食提供費

送迎後の夕食の準備を希望される方は、相談の上、内容により実費（300 円～500 円）を頂きます。

○おやつ提供費

おやつをみのサービスを受ける方は、おやつ提供費（1日 100 円）が必要となります。

○時間延長費

9 時間を超えてデイサービスをご利用の場合は、1,000 円/30 分の延長料金を頂きます。

○入浴費

職員の介助を必要とせず入浴を希望される場合は、入浴費用として 500 円/回頂きます

○デイサービス利用中の容態急変時の救急搬送に付き添った場合の費用

通所介護利用中に体調急変により、緊急やむを得ず医療機関を受診した場合は、受診にかかった時間をサービス提供時間から差し引いて介護報酬を頂きます。その際に、ご家族が救急車に同乗できない場合、ご家族が医療機関に到着するまでスタッフが付き添いますので、医療機関から当事業所までのタクシー代（実費）を頂きます。また、付き添い費用（救急車同乗から帰所までの時間）として 1,000 円/30 分を頂きます。

○その他の費用

事業所内外での機能訓練及び余暇活動の費用で、お客様に負担いただく事が適当と思われる費用に関しては実費をいただきます。その際は事前に口頭又は文書にて同意を頂きます。

○キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料を頂きます。

ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の 2 日前までに連絡があった場合	無料
利用日の前日に連絡があった場合	300 円
利用日の前日までに連絡が無かった場合	500 円

### ③ 利用料等のお支払い方法

#### 1. 代金引き落としの場合

毎月 10 日までに前月分の請求書をお送りし、26 日（銀行休業日の場合はよく営業日）に引き落としをさせていただきます。

※引き落とし確認後、領収証を発行します。

お客様ご指定の口座からの代金引き落としが可能です。（但し、手続きに 2～3 ヶ月かかるため、最初は当社指定の口座に振り込み送金して頂く事になります。

#### 2. 当社指定口座に振り込みの場合

毎月 10 日までに前月分の請求をいたしますので、26 日までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。

山口銀行岩国南支店

普通預金口座（口座番号 6147633）

口座名義 有限会社 風の便り

取締役 藤本佳彦

※入金確認後、領収証を発行します。

※ 金銭のトラブルを防ぐため、現金による手渡し等での支払いは行ないません。  
予め御了承下さい。

#### 4. 事業所の特色等

##### ① 事業の目的

年齢を重ね、又突然の病気等により身体が不自由になってしまい、要介護状態又は要支援状態になった方が、最期までその人らしく生活することを支援する。並びに、最期まで住み慣れた自分の家で暮らし続けることを支援する。

##### ② 運営方針

(ア) 通所介護の提供に当たっては居宅サービス計画に基づく通所介護計画を作成し、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことが出来るよう必要な援助を行う。

(イ) 通所介護提供に当たっては懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対しサービス提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

(ウ) 通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行う。

(エ) 通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供する。特に痴呆の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供が出来る体制を整える。

##### ③ その他

事項	内容
----	----

通所介護計画の作成及び事後評価	<p>当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。</p> <p>また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明の上交付します。</p>
従業員研修	<p>随時、生活リハビリ講座や一人浴のセミナーに参加し、技術、知識の向上を目指します。</p>

#### 5. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	<p>窓口責任者(苦情解決責任者・苦情受付担当者) 藤本佳彦</p> <p>ご利用時間 月曜日～金曜日の 10時～16時</p> <p>ご利用方法 電話 (0827-32-1118)</p> <p>面接 (当事業所 1階相談室)</p>
-------------	--

行政機関等の苦情申し立て窓口	岩国市役所介護保険課	<p>電話番号 0827-29-2511</p> <p>受付日 土、日、祝祭日 12/29～1/3 を除く月～金曜日</p> <p>受付時間 8時30分～17時15分</p>
	山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課	<p>電話番号 083-995-1010</p> <p>受付日 土、日、祝祭日 12/29～1/3 を除く月～金曜日</p> <p>受付時間 9時～17時</p>

#### 6. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名及び所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	( )
	住所	

	電話番号	

#### 7. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故などがあった場合は、適切な応急処置を行うとともに、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、及び市町村へ連絡をします。

#### 8. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める非常災害時の対応にのっとり対応を行います			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	消火器	ガス漏れ感知器	非常通報装置
	個数等	2個	あり	なし

#### 9. サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用表を提示してください。
- 事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- サービスの利用時間中は法律に違反する行為は慎んでください。
- 緊急災害時は職員の指示に従ってください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- サービスの中止又は変更を希望される場合は事前にご連絡下さい。

#### 10. その他運営に関する重要事項

- ① 従業者は正当な理由が無く、その業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- ② 従業者であったものが正当な理由が無くその業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を漏らすことが無いよう、従業者でなくなった後においてもこれらのものの秘密を保持するべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。
- ③ 通所介護サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、ご利用者に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに損害を賠償します。但し、ご利用者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることとなります。万が一の場合に備えて株式会社損害保険ジャパンの介護事業者賠償責任保険に加入しています。



当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護サービス提供の開始に際し、重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 住所 山口県岩国市平田2丁目18番12号

事業者（法人）名 有限会社 風の便り  
事業所名 宅老所 風の便り  
（事業所番号） 3570800965  
代表者名 取締役 藤本佳彦 印

説明者 職名 管理者  
氏名 藤本 佳彦 印

私は、サービス内容説明書及び重要事故説明書に基づいて、通所介護サービス提供の開始に際し事業者から重要事項の説明を受けました。

私は、事業者及びその従業員が、利用者及びその後見人又は家族に関する個人情報を、サービス担当者会議に用いることに同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名 印

家族の代表者もしくは  
代理人（選任した場合）

住所

氏名 印