

[地域密着型通所介護重要事項説明書]

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対して、適正な通所介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 桜寿園デイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類

名 称	桜寿園デイサービスセンター							
所在地	島根県江津市桜江町小田138番地1							
管 理 者	日野原 瞳							
介護保険事業者番号	通所介護 3271800363							
サービス提供地域	江津市全域及び浜田市旭町							
利用定員	1日あたり 18人							
営業時間	午前9時10分～午後4時20分							
営 業 日	月	火	水	木	金	土	日	祝
	○	○	○	○	○	○	×	○
その他の年間休日	12月29日～1月3日							
施 設 概 要	食堂兼機能訓練室	1室	135.00㎡					
	介護者教室	1室	45.00㎡					
	養護室	1室	(3床)	13.50㎡				
	一般浴室	1室	35.00㎡					
	特殊浴室	1室	25.00㎡					
	送 迎 車 両	6台	リフトバス2台 軽車両4台					
サ ー ビ ス 内 容	送迎介助・健康チェック・入浴介助(一般浴)、昼食提供・食事介助・機能訓練(レクリエーション・リハビリテーションなど)その他、必要な介助を行います。							

3. 職員の体制

職 名	職務内容	常勤	非常勤	合計
管 理 者	業務の一元的な管理	1名(1)	—	1名(1)
生活相談員	生活相談及び指導	3名(3)	—	3名(3)
看護師又は 准看護師	心身の健康管理、口腔衛生 と機能チェック及び指導、 保健衛生管理	2名(2)	0名(0)	2名(2)
介 護 職 員	介護業務	7名(7)	2名(2)	9名(9)
機能訓練指導員	心身機能の向上・健康維持 のための指導	2名(2)	0名(0)	2名(2)

() 内は兼任職員の再掲

4. サービスの内容

- (1) 送迎
 ① 送迎車により、事業所と自宅との間を行います。
 ② 通常の営業時間の利用の方を送迎します。
- (2) 食事
 身体状況や嗜好に応じた個別の食事内容や形態に配慮して提供します。
- (3) 入浴
 見守りや直接介助により、入浴を提供します。体調によって清拭とさせていただく場合もあります。
- (4) 機能訓練
 看護職員、介護職員、生活相談員が共同して、日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。
- (5) 生活相談
 日常生活に関する様々な相談に応じ、必要な援助を行い生活の向上を目指します。
- (6) レクリエーション
 ① 併設施設において実施される行事等に参加することができます。
 ② 行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。
- (7) 排泄
 随時、排泄介助をいたします。(オムツ利用の方はオムツを持参下さい)

5. 利用料金

① 基本料金（7時間以上8時間未満）

要介護度	1日当たりの利用料金	1日当たりの自己負担額(1割)
要介護 1	7,530円	753円
要介護 2	8,900円	890円
要介護 3	10,320円	1,032円
要介護 4	11,720円	1,172円
要介護 5	13,120円	1,312円

要介護度	1日当たりの自己負担額(2割)	1日当たりの自己負担額(3割)
要介護 1	1,506円	2,259円
要介護 2	1,780円	2,670円
要介護 3	2,064円	3,096円
要介護 4	2,344円	3,516円
要介護 5	2,624円	3,936円

② 加算料金

	利用料金	1日当たりの自己負担額(1割)
入浴介助加算(Ⅰ)	400円	40円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	560円	56円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1日当り 180円	18円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数に8.0%を乗じた単位数	
科学的介護推進体制加算	1月当たりの自己負担額(1割)	40円

- ・入浴介助加算(Ⅰ)…通所介護における入浴介助(見守りを含む)を行った場合に算定できる加算となります。
- ・個別機能訓練加算(Ⅰ)イ…利用者に対して個別機能訓練計画書を作成、その計画に基づき機能訓練を実施して、効果や実施方法を評価する取組により算定できる加算となります。

提供時間 9:10～12:10

- ・サービス提供体制強化加算Ⅱ…利用者に一定基準のサービスを提供する体制が整っているかを評価し介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上である場合に算定される加算となります。
- ・介護職員等処遇改善加算Ⅲ…介護職員の人材育成や雇用環境の改善を目的に算定される加算となります。介護報酬を加算して支給する制度で1月間の利用総単位数の8.0%に相当する金額です。
- ・科学的介護推進体制加算…科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバックの活用により、PDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みを評価する加算です。

③ 食事代

昼食代及びおやつ代等（1日あたり） 750円

●その他

- ① 利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき470円減算します。
- ② レクリエーション、オムツ代等にかかる費用は、自己負担になります。
- ③ サービス提供地域以外の地区の利用に関しては、その境界より1Kmあたり40円の送迎費を実費負担していただきます。
- ④ 平成30年8月1日より自己負担割合が1割から3割までとなりましたので、介護保険負担割合証で確認させていただきます。

① あなたの1回あたりの自己負担割合は 1割・2割・3割 です。

⑤ 利用料金のお支払方法

(1) サービスを利用した場合、翌月の10日までに前月分の利用料の請求をいたします。

(2) 支払方法

(イ) 当事業所指定の金融機関への口座振替

(ロ) 当事業所指定の金融機関（島根農業協同組合さくらえ支店）への口座振り込み

(ハ) 現金による支払い

(3) 口座振替日は翌月の20日（土、日、祝日の場合は次の日）です。

現金支払いは、翌月の20日（日曜日は次の日）までに事業所窓口にお支払い下さい。

(4) お支払い頂きましたら領収書を発行しますので大切に保管して下さい。

6. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報下さい。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声を掛けてください。
- ③ 事業所内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮下さい。
- ④ 従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤ お弁当の持ち込みはご希望により応じておりますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面、及びこれに関する事故（食中毒等）につきましては、責任を負いかねますのでご了承下さい。
- ⑥ 利用者の都合でサービスを中止する場合には前日までにご連絡下さい。ご連絡のない場合にはサービス利用料相当額をご負担して頂く場合があります。

連絡先 : 桜寿園デイサービスセンター 電話 0855-92-1441

- ⑦ 貴重品（携帯電話、時計、補聴器等）の破損や紛失は責任を負いかねますのでご了承下さい。

7. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに訓練を実施します。

防災訓練 1年に2回以上実施します。

防災設備 緊急通報システム、非常誘導灯、屋内消火栓等

防災責任者 安田和史

- (2) 事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービス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）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。

サービス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。ただし、事業者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。

10. サービスの終了

(1) サービスの終了

利用者のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望される日の10日前までに文書でお申出ください。当事業所の都合でサービスを終了する場合(人員不足等、やむを得ない事情でサービスの提供を終了させていただく場合)は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

(2) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に終了いたします。

- ① 利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ② 利用者が入院、転居、ご家庭の都合等で3カ月以上ご利用がなかった場合。
*事前に文書をもって通知いたします。
- ③ 利用者が要介護認定者でなくなった場合
- ④ 利用者がお亡くなりになった場合

11. 守秘義務に関する対策

事業者およびその使用者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者に対し利用者の個人情報を提供しません。

12. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

13. 身体拘束の禁止

事業所は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況及びに緊急やむを得ない理由を記録します。

14. 虐待防止

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、指針の整備を行うとともに担当者を置き、虐待防止のための委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。あわせて、従業者に対し虐待防止のための定期的な研修を実施します。

(2) 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に

通報します。

15. ハラスメント対策

事業所は、適切な指定通所介護〔指定予防通所事業〕の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

15. サービス内容に関する相談・苦情

当施設のサービスに関する相談・要望・苦情等は、下記の窓口までお申し出ください。

相談・要望・苦情等の相談窓口

◎窓 口 担 当

☆生活相談員 日野原 瞳・本山佳枝子・工村万里子

☆桜寿園デイサービスセンター 江津市桜江町小田138番地1

電話 0855-92-1441

FAX 0855-92-1440

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（土・日祝日・年末年始を除く）

☆桜寿園ケアプランセンター 江津市桜江町小田138番地1

電話 0855-92-1404

FAX 0855-92-1440

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（土・日祝日・年末年始を除く）

☆島根県国民健康保険団体連合会 松江市学園1丁目7番地14

介護保険係 苦情相談窓口 電話 0852-21-2811

FAX 0852-61-9051

受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時（土・日祝日・年末年始を除く）

☆浜田地区広域行政組合 介護保険課 浜田市殿町1番地

電話 0855-25-1520

FAX 0855-25-1506

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（土・日祝日・年末年始を除く）

☆江津市地域包括支援センター 江津市江津町1016番地37

（済生会江津総合病院1階）

電話 0855-52-7488

FAX 0855-52-1374

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（土・日祝日・年末年始を除く）

☆島根県運営適正化委員会 島根県松江市東津田町1741-3

電話 0852-32-5913

FAX 0852-32-5994

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時（土・日祝日・年末年始を除く）

☆ 第三者委員 渡邊 信明 島根県江津市桜江町八戸1357番地6

電話番号 0855-92-1423

田野 美恵子 島根県江津市桜江町鹿賀19番地2

電話番号 0855-93-0423

16. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

<協力病院>

島根県済生会江津総合病院	桜江歯科医院
江津市江津町1016-37	江津市桜江町川戸105-5
0855-54-0101	0855-92-8282

17. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者様に生じた損害について、当事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められ、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、当事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

18. 第三者評価の実施状況

(有 ・ 無)

実施年月日

評価機関

評価結果

桜寿園のデイサービスの利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

事業所名 社会福祉法人 桜江福祉会
 施設名 桜寿園デイサービスセンター
 所在地 島根県江津市桜江町小田138番地1

説明者 職名

氏名

印

令和 年 月 日

私は、契約書および本書面により、事業者から当事業所の利用についての重要な事項の説明を受け、サービス提供の開始について同意します。

利用者

住所

氏名

印

利用者代理人
(家族代表者)

住所

氏名

印

(続柄)

2025.07.01 改訂