

社会福祉法人 桜江福祉会 陽光苑デイサービスセンター  
介護予防・日常生活支援総合事業  
第1号通所事業 介護予防通所介護（従来型） 重要事項説明書

### 1. 事業の目的と運営方針

要支援状態にある方に対して、適正な通所介護サービス（第1号通所事業）介護予防通所介護（従来型）（以下「介護予防通所介護（従来型）」という）事業を提供することにより支援状態の維持・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. 陽光苑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         | 陽光苑デイサービスセンター                                                                 |   |   |    |                    |   |   |   |
| 所 在 地       | 島根県江津市桜江町長谷2723番地2                                                            |   |   |    |                    |   |   |   |
| 管 理 者       | 代 田 譲                                                                         |   |   |    |                    |   |   |   |
| 介護保険事業者番号   | 通所介護 3271800371                                                               |   |   |    |                    |   |   |   |
| サービス提供地域    | 江津市桜江町、井沢町、清見町、跡市町及び浜田市旭町、金城町                                                 |   |   |    |                    |   |   |   |
| 利 用 定 員     | 1日あたり 15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 | 179.50㎡            |   |   |   |
|             | 介 護 者 教 室                                                                     |   |   | 1室 | 41.65㎡             |   |   |   |
|             | 静 養 室                                                                         |   |   | 1室 | (2床) 21.00㎡        |   |   |   |
|             | S・S 兼 相談室                                                                     |   |   | 1室 | 34.80㎡             |   |   |   |
|             | 浴 室                                                                           |   |   | 1室 | 48.90㎡             |   |   |   |
|             | 送 迎 車 両                                                                       |   |   | 5台 | リフトバス・軽車輛・車椅子対応軽車輛 |   |   |   |
| サ ー ビ ス 内 容 | 送迎介助・健康チェック・入浴介助（一般浴・特別浴）、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           | 資 格   | 常 勤          | 非常勤  | 業 務 内 容              | 計            |
|---------------|-------|--------------|------|----------------------|--------------|
| 管 理 者         | 介護福祉士 | 1名（1）        |      | 施設の運営管理              | 1名（1）        |
| 事 務 職 員       |       | 1名（1）        |      | 保険請求・庶務              | 1名（1）        |
| 生活相談員         | 介護福祉士 | 1名以上         |      | サービスの統括・苦情処理・機能訓練指導  | 1名以上         |
| 介 護 職 員       | 介護福祉士 | 常勤換算<br>1名以上 |      | 介護計画の作成・実施及び評価・介護全般  | 常勤換算<br>1名以上 |
| 看 護 職 員       | 正看護師  |              | 1名以上 | 健康管理・健康相談・医療機関との連絡調整 | 1名以上         |
| 機 能 訓 練 指 導 員 | 正看護師  |              | 1名以上 | 機能訓練計画の作成・実施および評価    | 1名以上         |

（ ）内は兼務職員の再掲

#### 4. サービスの内容

- ① 食 事 ・食事の準備や介助を行います。ただし、食事代は別途お支払いいただきます。
- ② 入 浴 ・入浴又は清拭を行います。
- ③ 排 泄 ・排泄の介助を行います。
- ④ 送 迎 ・ご希望により、ご自宅から事業所間の送迎サービスを行います。
- ⑤ アクティビティーサービス ・集団でのレクリエーション、創作活動など機能訓練を行います。
- ⑥ 運動機能向上サービス ・日常生活動作の維持及び低下の防止の運動を行います。

#### 5. 利用料金(利用者負担金)

##### (1) 利用料金

##### ① 基本料金

| 要 支 援 度             | 1月あたりの<br>利用料金 | 1月あたりの自己負担額 |        |         |
|---------------------|----------------|-------------|--------|---------|
|                     |                | 1割負担        | 2割負担   | 3割負担    |
| 週1回程度利用<br>(要支援1・2) | 17,980円        | 1,798円      | 3,596円 | 5,394円  |
| 週2回程度利用<br>(要支援2)   | 36,210円        | 3,621円      | 7,242円 | 10,863円 |

##### ② 加算料金

| サービス提供体制加算Ⅰ         | 1月あたりの<br>利用料金 | 1月あたりの自己負担額 |      |       |
|---------------------|----------------|-------------|------|-------|
|                     |                | 1割負担        | 2割負担 | 3割負担  |
| 週1回程度利用<br>(要支援1・2) | 880円           | 88円         | 176円 | 264円  |
| 週2回程度利用<br>(要支援2)   | 1,760円         | 176円        | 352円 | 528円  |
| 送迎未実施減算             | 片道あたり<br>－470円 | －47円        | －94円 | －141円 |

##### ③ 加算料金

|              | 利用料金               |
|--------------|--------------------|
| 介護職員等処遇改善加算Ⅲ | 所定単位数に10.5%を乗じた単位数 |

- ・サービス提供体制強化加算…利用者に一定基準のサービスを提供する体制がと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75%以上である場合に算定される加算になります。
- ・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になります。介護報酬に加算して支給する制度で1月間の利用総単位数の10.5%に相当する金額です。

- ・昼食代及びおやつ代等 800円

※ あなたの1月当たりの利用料(自己負担額)は、\_\_\_\_\_円です。

- ⑤ 平成27年8月1日より自己負担割合が1割または2割、3割となりますので、介護保険負担割合証で確認させていただきます。
- ⑥ その他
  - ・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。
  - ・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。

##### (2) 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ください。

## ④ お支払いいただきましたら、領収書を発行しますので、大切に保管してください。

## 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ください。
- 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物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- 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 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ください。
- 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ください。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いただく場合があります。

連絡先 陽光苑デイサービスセンター      電話 0855-92-8450

## 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、消火器等

防災責任者    安 田 和 史

## 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う。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

以下の場合は、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 利用者が介護予防通所介護（従来型）事業の対象者でなくなった場合

※介護保険サービス等が必要となった場合には要介護認定後、通所介護のサービス等を受ける事ができます。

④ 利用者がお亡くなりになった場合

### 1 1. 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。

### 1 2. 利用者の尊厳

事業者は利用者の人権・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。

### 1 3. 身体拘束の禁止

事業所は、原則として利用者に対し身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は管理者が判断し、身体拘束その他、利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合は、本人・保証人の同意のもとで行います。その際利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

### 1 4. 虐待防止

事業所は、虐待防止に関する責任者の設置、従業者に対する虐待防止啓発のための定期的な研修実施、成年後見制度を活用した権利擁護、苦情解決体制の整備、自治体における虐待防止に関する相談窓口の周知等、虐待防止のための措置を講ずるよう努めるものとする。

### 1 5. 衛生管理等

利用者は、衛生環境保全のため、事業所内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持に協力いただく場合がございます。

事業者は利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用する水について、衛生的な管理・措置を講じます。事業所において感染症の予防、またびまん延防止のための指針を整備し、従業者に対し研修及び訓練を定期的に行います。

### 1 6. 業務継続計画の策定等

施設は、感染症や非常災害の発生時に、入所者に対する指定介護福祉施設の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、それに従い必要な措置を講じます。

### 1 7. 提供するサービスの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 \_\_\_\_\_

## 18. サービス内容に関する相談・苦情

相談・要望・苦情等の相談窓口

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。

サービス相談窓口

☆ 風の里陽光苑

電話番号 0855-92-8450

担当 管理者 代田 譲

生活相談員 代田 譲

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時15分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）

☆ 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

電話番号 0852-21-2112

FAX 番号 0852-21-5744

受付時間 月曜日～金曜日 午前9時00分～午後5時00分（土・日・祝日を除く）

☆ 浜田地区広域行政組合 介護保険課 浜田市殿町1番地

電話番号 0855-25-1520

FAX 番号 0855-25-1506

受付時間 曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）

☆ 江津市役所健康医療対策課（江津市地域包括支援センター）江津市江津町1016番地4

電話番号 0855-52-7935

FAX 番号 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・祝日を除く）

☆ 島根県運営適正化委員会 松江市東津田町1741番地3

電話番号 0852-32-5913

FAX 番号 0852-32-5994

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時00分（土・日・祝日を除く）

☆ 第三者委員 渡 邊 信 明 江津市桜江町八戸1357番地6

電話番号 0855-92-1423

田 野 美恵子 江津市桜江町鹿賀19番地2

電話番号 0855-93-0423

## 19. 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  |

## 20. 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、ご利用者に故意又は過失が認められ、ご利用者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。

令和 年 月 日

陽光苑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つ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 陽光苑デイサービスセンター  
所在地 島根県江津市桜江町長谷2723番地2

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、事業者から当施設の利用についての重要な事項の説明を受け、同意しました。

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 )