

「呉市社会福祉協議会 下蒲刈通所介護事業所 指定地域密着型通所介護」

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(呉市指定 3490500356)

当事業所は、介護支援専門員が作成したケアプランに基づき、地域密着型通所介護サービスを提供します。

事業所の概要や、地域密着型通所介護サービスを提供する上でご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

目 次

|    |                                 |   |
|----|---------------------------------|---|
| 1  | 事業者について・・・・・・・・・・・・・・・・         | 1 |
| 2  | 事業所の概要について・・・・・・・・・・            | 1 |
| 3  | サービスの内容について・・・・・・・・・・           | 2 |
| 4  | サービス提供の記録等について・・・・・・・・          | 2 |
| 5  | サービス提供の責任者について・・・・・・・・          | 2 |
| 6  | 利用者負担金について・・・・・・・・・・            | 3 |
| 7  | キャンセルについて・・・・・・・・・・             | 4 |
| 8  | 介護保険給付の請求のための証明書の交付について・・・・・・・・ | 4 |
| 9  | 通所介護サービスに関する事業者の義務について・・・・・・・・  | 4 |
| 10 | 事故発生時の対応について・・・・・・・・            | 5 |
| 11 | 身体拘束等について・・・・・・・・・・             | 5 |
| 12 | 虐待の防止について・・・・・・・・・・             | 6 |
| 13 | 感染症対策について・・・・・・・・・・             | 6 |
| 14 | 事業者からの契約解除について・・・・・・・・          | 6 |
| 15 | 苦情の受付について・・・・・・・・・・             | 7 |
| 16 | 第三者評価の実施状況について・・・・・・・・          | 8 |
| 17 | 重要事項の説明年月日について・・・・・・・・          | 9 |

社会福祉  
法人 呉市社会福祉協議会  
下蒲刈通所介護事業所

連絡先： 電話番号 0823-65-3120  
F A X 0823-65-3125

## 1 事業者について

- (1) 法人名 社会福祉法人 呉市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 広島県呉市中央五丁目12番21号
- (3) 電話番号 0823-25-3509
- (4) 代表者氏名 会長 中本 克州
- (5) 設立年月 昭和42年5月

## 2 事業所の概要について

- (1) 居宅サービスの種類 指定地域密着型通所介護  
平成28年6月1日指定 3490500356
- (2) 事業の目的 指定地域密着型通所介護は、介護保険法令に従い、居宅において要介護状態にある高齢者に対し、適切な指定地域密着型通所介護サービスを提供することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 呉市社会福祉協議会 下蒲刈通所介護事業所
- (4) 事業所の所在地 広島県呉市下蒲刈町下島1713番地の1
- (5) 電話番号 0823-65-3120
- (6) 事業管理者名 高 佳代子
- (7) 当事業所の運営方針 事業所の通所介護事業者は、要援護者等の心身の状態を踏まえて、その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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。  
また、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ます。
- (8) 開設年月日 平成17年5月1日
- (9) 通常の事業の実施地域 呉市下蒲刈町、蒲刈町
- (10) 営業日 月曜日から金曜日、及び国民の祝日です。(12月29日から1月3日を除きます。)
- (11) 営業時間 午前8時15分から午後5時00分
- (12) サービス提供時間 午前9時30分から午後3時45分
- (13) 職員の体制 当事業所では、利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

| 職 種     | 員 数   |
|---------|-------|
| 管理者     | 1 名   |
| 生活相談員   | 1 名以上 |
| 看護職員    | 1 名以上 |
| 介護職員    | 2 名以上 |
| 機能訓練指導員 | 1 名以上 |

※一部の職員は兼務で対応しています。

### 3 サービスの内容について

- (1) 「地域密着型通所介護」は、施設において入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、日常生活上の世話、並びに機能訓練、レクリエーション等を行うサービスです。
- (2) 事業者は、次のサービス内容区分の中から選択されたサービスを提供します。

#### 【 サービス内容区分 】

- |          |                |
|----------|----------------|
| ① 送迎サービス | ⑤ 生活指導（相談・援助等） |
| ② 健康チェック | ⑥ 機能訓練         |
| ③ 食事     | ⑦ レクリエーション など  |
| ④ 入浴     |                |
- (3) サービス提供に当たっては、別添の「通所介護計画書」に沿って、計画的に提供します。

### 4 サービス提供の記録等について

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「通所介護記録書」等の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業者は、前記の「通所介護記録書」その他の記録を、作成完了後5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又はその写しを交付します。

### 5 サービス提供の責任者について

- (1) サービス提供の責任者は、次のとおりです。サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名 : 高 佳代子      連絡先（電話） : 65－3120

## 6 利用者負担金について

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、下記のとおりとなっております。

### ①基本料金

| 介護度  | 1日あたりの<br>利用料金 | 利用者負担金額<br>(利用者負担割合1割) | 利用者負担金額<br>(利用者負担割合2割) | 利用者負担金額<br>(利用者負担割合3割) |
|------|----------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 要介護1 | 6,780円         | 678円                   | 1,356円                 | 2,034円                 |
| 要介護2 | 8,010円         | 801円                   | 1,602円                 | 2,403円                 |
| 要介護3 | 9,250円         | 925円                   | 1,850円                 | 2,775円                 |
| 要介護4 | 10,490円        | 1,049円                 | 2,098円                 | 3,147円                 |
| 要介護5 | 11,720円        | 1,172円                 | 2,344円                 | 3,516円                 |

### ②加算料金

| 項 目                       | 利用料金                                                                          | 利用者負担金額<br>(利用者負担割合1割) | 利用者負担金額<br>(利用者負担割合2割) | 利用者負担金額<br>(利用者負担割合3割) | 算 定 回 数 |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------|
| 入浴介助加算<br>(Ⅰ) ※1          | 400円                                                                          | 40円                    | 80円                    | 120円                   | 1回につき   |
| サービス提供体制<br>強化加算(Ⅱ) ※2    | 180円                                                                          | 18円                    | 36円                    | 54円                    | 1回につき   |
| 科学的介護推進<br>体制加算 ※3        | 400円                                                                          | 40円                    | 80円                    | 120円                   | 1月につき   |
| 介護職員等<br>処遇改善加算<br>(Ⅰ) ※4 | 地域密着型通所介護費に各種加算を加えた1月あたりの合計単位数に9.2%の加算率を乗じた単位数(端数は四捨五入)に10円を乗じた金額の1割, 2割または3割 |                        |                        |                        |         |

### ③減算料金

| 項 目     | 利用料金 | 利用者負担金額<br>(利用者負担割合1割) | 利用者負担金額<br>(利用者負担割合2割) | 利用者負担金額<br>(利用者負担割合3割) | 算 定 回 数 |
|---------|------|------------------------|------------------------|------------------------|---------|
| 送迎減算 ※5 | 470円 | 47円                    | 94円                    | 141円                   | 片道につき   |

※1 入浴介助加算Ⅰ・・・入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定する加算です。

※2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)・・・厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所が、利用者に対し、指定地域密着型通所介護を行った場合に算定する加算です。

※3 科学的介護推進体制加算・・・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、フィードバック情報を通所介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に算定する加算です。

- ※４ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）・・・ 介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
- ※５ 送迎減算・・・利用者の送迎を行わなかった場合に算定する減算です。

ただし、被爆者健康手帳所持者の場合、生活保護法による給付がある場合などにより、負担額が減額される場合があります。

- （２）食事サービスの提供に関する費用のうち、食費として１日あたり５５０円を徴収させていただきます。
- （３）通常のサービス提供地域以外の地域に出向く場合は、通常のサービス提供地域を超えた地点から旅費（実費）の負担をしていただく場合があります。（自動車を使用した場合は、路程１キロメートルあたり２３円及び有料道路通行料、フェリー等使用した場合は船賃とします。）
- （４）サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合には、支給限度額を超えた金額は全額自己負担となります。
- （５）介護報酬以外の費用（おむつ代、レクリエーション費等の実費相当額が必要となる場合）は、別途請求いたしますので、その都度現金でお支払い下さい。

## ７ キャンセルについて

- （１）利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。  
連絡先（電話）： ６５－３１２０
- （２）利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受ける場合がありますので、ご了承ください。ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。
- （３）キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

| 時 期        | キャンセル料      | 備 考 |
|------------|-------------|-----|
| サービス利用日の当日 | 利用者負担金の100% |     |

## ８ 介護保険給付の請求のための証明書の交付について

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。

## ９ 通所介護サービスに関する事業者の義務について

当事業所では、利用者に対して通所介護サービスを行うにあたり、次のことを守ります。

- (1) 利用者の生命，身体，財産の安全確保に配慮します。
- (2) 利用者の体調，健康状態からみて必要な場合には，利用者又はその家族から徴取，確認します。
- (3) 事業者及び通所介護サービス従事者は，通所介護サービスを提供するにあたって知り得た利用者又はご家族等に関する事項を，正当な理由なく第三者に漏洩しません。

サービスを提供するにあたって利用者又は家族等から収集した情報は，通所介護事業の利用に関する事項以外には使用しません。

この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。

ただし，利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には，医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。

## 10 事故発生時の対応について

当事業所では，通所介護サービスの際発生した事故には，迅速かつ的確に対応いたします。

### ○損害賠償について

事業所の責任により利用者に生じた損害については，事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし，その損害の発生について，利用者に故意又は過失が認められる場合には，事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 11 身体拘束について

事業者は，原則として利用者に対して身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行いません。ただし，自傷他害等のおそれにより，利用者または他の利用者の生命または身体を保護する必要性が生じるなど，次に掲げることに該当する場合，利用者または家族に対して説明し同意を得た上で，必要最小限の範囲で行うことがあります。また，緊急時等，やむを得ない事情により，事前に説明を行わなかった場合には，身体拘束等を行った後速やかに，当該利用者またはその家族に，身体拘束等の態様等を説明します。

切迫性：利用者本人または他の利用者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護，看護方法がないこと

一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

## 12 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定します。  
＜虐待防止に関する担当者＞ 管理者 高 佳代子
- (2) 虐待防止の指針を整備し、必要に応じ見直しを行います。
- (3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的 to開催します。その結果を、職員に周知徹底を行います。
- (4) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的 to実施します。

## 13 感染症対策について

事業者は、事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的 to開催します。その結果を、職員に周知徹底します。
- (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備し、必要に応じ見直します。
- (3) 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的 to実施します。

## 14 事業者からの契約解除について（契約書第9条3関係）

当事業所でサービスを提供するにあたり、利用者またはその家族が次の行為を行った場合、サービスを中断する場合があります。また、その問題行為に関する話し合いを行い、その後、1ヶ月の経過により改善されない場合は、契約を解除しますが、問題行為がなくなった場合は、その限りではありません。

- (1) 職員や他の利用者に対する暴力または乱暴な言動
  - ①ものを投げつける
  - ②刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
  - ③怒鳴る、奇声、大声を発する など
- (2) セクシャルハラスメント
  - ①職員や他の利用者の体を触る、手を握る
  - ②腕を引っ張り抱きしめる
  - ③ヌード写真を見せる など

(3) その他

①職員や他の利用者の自宅住所や電話番号を何度も聞く

②ストーカー行為 など

15 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 所在地：呉市下蒲刈町下島1713番地の1

電話番号：0823-65-3120

FAX：0823-65-3125

○苦情受付担当者 高 佳代子

○受付時間 毎週月曜日から金曜日（但し、12月29日から1月3日までを除く。）

8：15～17：00（FAXは24時間365日受付）

○苦情解決責任者 〔事務局長〕 河 野 隆 司

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。ご契約者は、本事業所への苦情やご意見を第三者委員に相談することもできます。

〈 第三者委員 〉

| 名 前    | 連 絡 先                |
|--------|----------------------|
| 西田 小百合 | 呉市西中央3丁目7番37号グレイス寿3階 |
| 兼重 卓郎  | 呉市溝路町6番23号           |

(3) 行政機関その他苦情受け付け機関

①呉市役所 介護保険課

○所在地 呉市中央四丁目1番6号

○電話番号 0823-25-2626

○FAX 0823-25-8529

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分  
（但し、国民の休日、12月29日から1月3日までを除く。）

②広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護第二係

○所在地 広島市中区東白島町19番49号 国保会館

○電話番号 082-554-0783

○FAX 082-511-9126

○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分  
(但し、国民の休日、12月29日から1月3日までを除く。)

③広島県社会福祉協議会（広島県福祉サービス運営適正化委員会）

○ 所在地 広島市南区比治山本町12-2  
○ 電話番号 082-254-3419  
○ F A X 082-569-6161  
○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分  
(但し、国民の休日、12月29日から1月3日までを除く。)

16 第三者評価の実施状況について

|             |   |
|-------------|---|
| 実施の有無       | 無 |
| 実施した直近の年月日  |   |
| 実施した評価機関の名称 |   |
| 評価結果の開示状況   |   |

## 17 重要事項の説明年月日について

この重要事項説明書の説明年月日          令和          年          月          日

---

上記内容について、呉市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備、及び運営に関する基準等定める条例（平成24年12月19日呉市条例第33号）に基づき、契約者（利用者）に対する説明を行いました。

|     |      |                  |
|-----|------|------------------|
| 事業者 | 所在地  | 広島県呉市中央五丁目12番21号 |
|     | 法人名  | 社会福祉法人 呉市社会福祉協議会 |
|     | 代表者名 | 会長 中本 克州         |
|     | 事業所名 | 下蒲刈通所介護事業所       |
|     | 説明者名 |                  |

指定地域密着型通所介護サービスの実施にあたり、上記のとおり説明を受けました。

ご契約者住所

---

ご契約者氏名

---

私は、本人の意思を確認し、本人の代わりに前記署名を行いました。

ご契約者との関係

---

署名代行理由

---

署名代行者住所

---

氏                  名

---

連      絡      先      (                  )                  ー

---