

## 通所介護・通所型独自サービス 重要事項説明書

&lt;令和 8 年 6 月 1 日 現在&gt;

## 1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0823-77-1558

(受付: 月曜日～土曜日 午前8:30～午後5:30まで)

担当 主任:池庄司康夫 生活相談員:藤澤華苗、村田みどり

\* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

## 2. デイサービスセンター郷原の里の概要

## (1) 提供できるサービスの種類と地域

|                 |                                      |
|-----------------|--------------------------------------|
| 事業所名            | デイサービスセンター 郷原の里                      |
| 所在地             | 呉市郷原町11882-12                        |
| 介護保険指定番号        | 通所介護 【呉市 3470500715号】                |
| サービスを提供する対象地域 * | 呉市(広・郷原町・焼山地区)<br>東広島市黒瀬町(中黒瀬、下黒瀬地区) |

\* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

## (2) 同センターの職員体制

|         | 常勤                   | 非常勤                | 業務内容                          | 計    |
|---------|----------------------|--------------------|-------------------------------|------|
| 管理者     | 1 名                  |                    | 業務管理、従業者の管理                   | 1 名  |
| 生活相談員   | 2 名<br>(専従1名・兼務1名)   |                    | 利用に関する相談、家族との連絡等<br>通所介護計画の作成 | 2 名  |
| 機能訓練指導員 | 4 名<br>(専従1名・兼務3名)   | 2 名<br>(専従1名・兼務1名) | 機能訓練の計画、指導、実施                 | 6 名  |
| 看護職員    | 3 名<br>(兼務3名)        | 1 名<br>(兼務1名)      | 利用者の健康状態の把握等                  | 4 名  |
| 介護職員    | 12 名<br>(専従11名・兼務1名) | 3 名                | 食事介助、入浴介助等介護<br>業務及びレクリエーション  | 15 名 |

## (3) サービス提供時間

|     |               |
|-----|---------------|
| 月～土 | 午前9:30～午後3:30 |
| 日   | 定休日           |

\* 緊急連絡電話 77-1558

\* 5/3～5/5、8/13～8/15及び12/29～1/3を除きます。

なお正確な日程は事前に必ず事業所より連絡するものとします。

### 3. サービス内容

- ① 送迎 ② 食事 ③ 入浴 ④ 機能訓練 ⑤ 生活相談・指導  
⑥健康チェック ⑦レクリエーション(外出含む) 等

利用定員 60名

### 4. 料金

(1) 基本料金…利用者様の要介護度に応じて決まります。

#### ①通所型独自サービス(日常生活支援総合事業)

呉市及び東広島市

| 要介護度(利用回数/週)       | 通所型独自サービス費 |
|--------------------|------------|
| 要支援1・事業対象者 (週1回利用) | 1,798 円    |
| 要支援2・事業対象者 (週2回利用) | 3,621 円    |

呉市のみ

| 要介護度(利用回数/週) | 通所型独自サービス費 |
|--------------|------------|
| 要支援2 (週1回利用) | 1,811 円    |

\*加算…計画に基づき加算されます

|                |                                         |                                    |
|----------------|-----------------------------------------|------------------------------------|
| サービス提供体制加算(Ⅱ)  | 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上の場合。           | 週1回利用=72円<br>週2回利用=144円<br>(1月につき) |
| サービス提供体制加算(Ⅲ)  | 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が40%以上の場合。           | 週1回利用=24円<br>週2回利用=48円<br>(1月につき)  |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)    | 口腔機能の低下している利用者に対して口腔機能の向上のための取り組みをした場合。 | 160 円<br>(月1回まで)                   |
| 科学的介護推進体制加算    | 利用者の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合。              | 40 円<br>(1月につき)                    |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 介護職員の賃金改善の加算                            | 総単位数に9.9%を乗じた額                     |

\*減算

|                  |                                     |                  |
|------------------|-------------------------------------|------------------|
| 通所型独自サービス同一建物減算1 | 同一建物内からの通所を行った場合<br>(要支援1 ケアハウス入居者) | 376 円<br>(1月につき) |
| 通所型独自サービス同一建物減算2 | 同一建物内からの通所を行った場合<br>(要支援2 ケアハウス入居者) | 752 円<br>(1月につき) |
| 通所型独自送迎減算        | 事業所が送迎を行わなかった場合                     | 47 円<br>(片道につき)  |

## ②通所介護

要介護1～5(利用時間によって料金が異なります)

(単位:円)

|      | 通所介護費(1回につき) |            |            |       |
|------|--------------|------------|------------|-------|
|      | 6時間以上7時間未満   | 5時間以上6時間未満 | 4時間以上5時間未満 | 3時間未満 |
| 要介護1 | 543          | 525        | 362        | 253   |
| 要介護2 | 641          | 620        | 414        | 290   |
| 要介護3 | 740          | 715        | 468        | 328   |
| 要介護4 | 839          | 812        | 521        | 365   |
| 要介護5 | 939          | 907        | 575        | 403   |

\*加算…計画に基づき加算されます

(単位:円)

|                |                                                  |                          |
|----------------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| 入浴介助加算         | 入浴介助を行った場合。<br>(入浴介助に関する研修実施。)                   | 40 円<br>(1回につき)          |
| 科学的介護推進体制加算    | 利用者の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合。                       | 40 円<br>(1月につき)          |
| 個別機能訓練加算(Ⅰロ)   | 専ら機能訓練の職務に従事する理学療法士等がサービスの提供時間を通し、2名以上配置されている場合。 | 76 円<br>(1回につき)          |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)    | 個別機能訓練計画書の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合、(Ⅰロ)に上乗せ。 | 20 円<br>(1月につき)          |
| 若年性認知症利用者受入加算  | 若年性認知症の利用者を受入れ、ニーズに応じたサービスを行った場合。                | 60 円<br>(1回につき)          |
| サービス提供体制加算(Ⅱ)  | 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上の場合。                    | 18 円<br>(1回につき)          |
| サービス提供体制加算(Ⅲ)  | 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が40%以上の場合。                    | 6 円<br>(1回につき)           |
| ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ) | 利用者のADL機能を維持できているかを評価する取り組みをした場合。                | ADL利得1以上<br>(1月につき) 30 円 |
|                |                                                  | ADL利得2以上<br>(1月につき) 60 円 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)    | 口腔機能の低下している利用者に対して口腔機能の向上のための取り組みをした場合。          | 160 円<br>(月2回まで)         |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 介護職員の賃金改善の加算                                     | 総単位数に9.9%を乗じた額           |

\*減算

|            |                                |                 |
|------------|--------------------------------|-----------------|
| 通所介護同一建物減算 | 同一建物内からの通所を行った場合<br>(ケアハウス入居者) | 94 円<br>(1回につき) |
| 通所介護送迎減算   | 事業所が送迎を行わなかった場合                | 47 円<br>(片道につき) |

※尚、利用料は1単位10円として換算した場合の1割負担の方の料金です。  
2割負担の方は上記料金の2倍、3割負担の方は3倍となります。

※又、東広島市は7級地となります。

東広島市在住の利用者様が「通所型独自サービス」を利用される場合は、地域区分単価に合わせ、1単位10.14円で換算します。

(2) 実費

- ・食事代…600円(1食につき)

- ・紙オムツ、パット等

※必要な方はご持参下さいますよう、お願い致します。

- ・通常の事業実施区域外に居住される利用者の送迎費用

※通常の実施区域の境界より、路程1キロメートル当たり20円を実費としてご負担いただきます。

## 5. サービスの利用開始

まずは、包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を通してお申し込みください。当職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

## 6. 当事業所のデイサービスの特徴等

- (1) 運営の方針      当事業所のデイサービスは、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、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ることを目的とします。

- (2) サービス利用に当たっての留意事項

利用者は、サービス利用に当たって、次の事項に留意するものとします。

- ① 利用中は、職員の指示に従い、危険のないようお過ごし下さい。
- ② 一部のリハビリの機器については、医師の許可を必要とします。
- ③ 酒気をおびての利用は、お断りします。

## 7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

|     |       |  |
|-----|-------|--|
| 主治医 | 主治医氏名 |  |
|     | 連絡先   |  |
| ご家族 | 氏名    |  |
|     | 連絡先   |  |

## 8. 非常災害対策

当事業所は、消防計画等の防災計画に基づき、年2回以上、避難・救出訓練を行います。

## 9. サービス内容に関する苦情

|                                            |                                                                                    |       |              |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|
| 【事業者窓口】<br>デイサービスセンター郷原の里<br>苦情処理委員会 池庄司康夫 | 所在地 呉市郷原町11882-12<br>電話番号 0823-77-1558<br>FAX番号 0823-77-1833<br>受付時間 午前8:30～午後5:00 |       |              |
| 郷原の里 苦情解決委員会<br>第三者委員                      | 元福祉施設事務長                                                                           | 荒谷 慶憲 | 0823-77-0722 |
|                                            | 元主任児童委員                                                                            | 倉田 和子 | 0823-77-0628 |
| 【市町村窓口】<br>呉市介護保険課                         | 所在地 呉市中央4丁目1-6<br>電話番号 0823-25-3137<br>FAX番号 0823-22-8529                          |       |              |
| 東広島市地域包括ケア推進課                              | 所在地 東広島市西条栄町8-29<br>電話番号 082-420-0984<br>FAX番号 082-426-3117                        |       |              |
| 広島県国民健康保険団体連合会                             | 所在地 広島市中区東白島町19番49号国保会館<br>電話番号 082-554-0783<br>FAX番号 082-511-9126                 |       |              |

### ・苦情についての対応

- (1) 苦情の申し立てがある場合、担当者が苦情の内容をお聞きし、対応させていただきます。
- (2) 検討を要する場合は苦情解決委員会を開催し、対応策や改善策を検討し、対応させていただきます。
- (3) 市町村、国保連を通して出された苦情についても、市町村、国保連の助言、指導をもとに、  
(2)項同様の対応をさせていただきます。

## 10. 虐待防止のための措置

### ・担当者…池庄司康夫

### ・虐待防止への取り組み

- (1) 虐待の発生または再発を防止するための委員会を開催し、職員間で周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を定め、職員への研修を実施します。

## 11. 身体拘束等の適正化

・担当者・・・池庄司康夫

・身体拘束等適正化への取り組み

- (1) 緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等行動を制限はしません。
- (2) 身体拘束等の適正化委員会を設置し、身体拘束等適正化のための指針を整備します。
- (3) 身体拘束等適正化のための研修を実施します。

## 12. サービス利用時の事故対応

・担当者・・・池庄司康夫

・事故発生時の対応

- (1) サービス提供期間中に事故が発生した時は、利用者様の状態、状況をご家族に速やかに報告、連絡致します。
- (2) 事故の状態を確認し、主治医、嘱託医の指示を仰ぎ対応していきます。
- (3) 緊急性が高いと判断される場合は、救急要請をさせて頂くことがあります。

## 13. 当法人の概要

|          |               |              |
|----------|---------------|--------------|
| 名称       | 社会福祉法人 朋輝福祉会  |              |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 池庄司 正幸    |              |
| 所在地・電話番号 | 呉市郷原町11882-12 | 0823-77-1558 |
| 運営事業     | 特別養護老人ホーム     | 定員54名        |
|          | 短期入所生活介護      | 16名          |
|          | 通所介護          | 定員60名        |
|          | 訪問介護          |              |
|          | ケアハウス         | 定員30名        |
|          | 呉市地域相談センター    |              |
|          | 居宅介護支援事業所     |              |

### 13. 重要事項の説明年月日

|              |    |   |   |   |
|--------------|----|---|---|---|
| この重要事項の説明年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|--------------|----|---|---|---|

通所介護の提供開始にあたり、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ました。

|     |       |                  |
|-----|-------|------------------|
| 事業者 | 所在地   | 呉市郷原町11882-12    |
|     | 法人名   | 社会福祉法人 朋輝福祉会 (印) |
|     | 代表者名  | 理事長 池庄司 正幸       |
|     | 事業所名  | デイサービスセンター郷原の里   |
|     | 代表者名  | 管理者 池庄司 佐和子      |
|     | 説明者氏名 | (印)              |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容に同意し、交付を受けました

|     |         |
|-----|---------|
| 利用者 | 住 所     |
|     | 氏 名 (印) |

|     |                   |
|-----|-------------------|
| 代理人 | 住 所               |
|     | 氏 名 (印)<br>( 続柄 ) |

※重要事項に対する同意は、介護保険の給付対象者である利用者の行為であることが必要です。  
 ※利用者自身の自著であれば、押印の必要はありません。代筆された場合、押印をお願いします。