通所介護･第1号通所事業利用重要事項説明書

この説明書は、通所介護の契約にあたって、ご利用者やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、契約書の内容をご理解していただけるような内容となっております。

◎事業所の概要

①事業所名	横手市社会福祉協議会雄風荘指定通所介護事業所
②所在地	秋田県横手市雄物川町今宿字末館４７番地２
③指定事業所番号	秋田県０５７０３１３２６２号
④開設年月日	平成１７年１０月１日
⑤連絡先	ＴＥＬ　０１８２－２２－３４００ ＦＡＸ　０１８２－２２－３４０１
⑥営業日・営業時間 サービス提供時間	□営業日　月曜日～土曜日 但し、年末年始（１２月３１日～１月３日）を除く □営業時間　午前８時３０分～午後５時３０分 □サービス提供時間　午前９時４５分～午後３時４５分 ※但し、天災その他、やむを得ない場合は除きます。
⑦通常のサービス 提供実施地域	横手市雄物川地域
⑧利用定員	２８名
⑨事業目的・運営方針	要介護・要支援状態または要支援者に相当する高齢者に対し、心身の特徴を踏まえ、可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことのできるよう適切な通所介護及び介護予防通所介護に相当する第１号通所事業を提供することを目的とする。

◎職員体制

職　　種	員　数	職　務　の　内　容
①管理者（兼務可）	１名	事業所の従事者の管理及び業務管理を一元的に行う。
②生活相談員（兼務可）	１名以上	利用者の生活相談、面接、調書の作成、家族等の各種相談業務を行う。
③看護職員（兼務可）	１名以上	利用者に対する健康チェック及び事業全般の保健衛生管理業務を行う。
④機能訓練指導員（兼務可）	１名以上	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練業務を行う。
⑤介護職員（兼務可）	３名以上	利用者の心身の状況等を的確に把握し、適切な介助を行う。
⑥事務職員（兼務可）	１名以上	事業の実施に必要な事務を行う。

◎サービス内容・・・具体的にどのサービスを選ぶかは、後に作成する通所介護計画・介護予防通所介護計画の中でご相談いたします。

区分	介護給付	第１号通所事業
基本	・ 介護サービス(移動や排泄、見守り等) ・ 健康状態の確認　・ 日常動作訓練 ・ 送迎　・ 食事 ・ 生活指導(相談助言等)	・ 介護サービス(移動や排泄、見守り等) ・ 健康状態の確認　・ 日常動作訓練 ・ 送迎　・ 食事　・ 入浴 ・ 生活指導(相談助言等)
加算	・ 入浴　・ 体制強化Ⅱ ・ 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ ・ 中重度者ケア体制加算 ・ 科学的介護推進体制加算 ・ 介護職員等処遇改善Ⅰ	・ 口腔機能向上 ・ 体制強化Ⅱ ・ 科学的介護推進体制加算 ・ 介護職員等処遇改善Ⅰ

※ご利用者に対し、身体拘束その他行動を制限する行為は行いません。生命や身体を保護するため緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様や時間、利用者の心身の状況など必要な事項の記録を行います。
※ご利用者の尊厳の保持、虐待防止のために、虐待防止に関する担当者を選定し、委員会や研修を開催して、知識・技術の向上に努めています。
※感染症や災害に関する業務継続計画を策定し、感染症や災害発生時においても必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築していきます。
※利用者の安全並びに介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に関する方策（生産性向上）の検討を行っていきます。

◎具体的な利用料・・・利用料は、ご利用者の要介護度に応じてそれぞれ異なります。
利用者に自己負担していただく目安の金額は次のとおりです。

【介護給付】（１回のご利用額）

１割負担の場合

要介護度		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
基本料		584 円	689 円	796 円	901 円	1,008 円
加算	入浴	40 円	40 円	40 円	40 円	40 円
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ｲ	56 円	56 円	56 円	56 円	56 円
	中重度者ケア体制加算	45 円	45 円	45 円	45 円	45 円
	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化Ⅱ	18 円	18 円	18 円	18 円	18 円
	処遇改善加算Ⅰ　(9.2%)	68 円	78 円	88 円	98 円	107 円
合計		811 円	926 円	1,043 円	1,158 円	1,274 円

□事業所が送迎を行わない場合　片道△４７円

２割負担の場合

要介護度		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
基本料		1,168 円	1,378 円	1,592 円	1,802 円	2,016 円
加算	入浴	80 円	80 円	80 円	80 円	80 円
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ｲ	112 円	112 円	112 円	112 円	112 円

	中重度者ケア体制加算	90 円	90 円	90 円	90 円	90 円
	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化Ⅱ	36 円	36 円	36 円	36 円	36 円
	処遇改善加算Ⅰ (9.2%)	136 円	156 円	176 円	196 円	214 円
合計		1,622 円	1,852 円	2,086 円	2,316 円	2,548 円

□事業所が送迎を行わない場合　片道△９４円

３割負担の場合

要介護度		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
基本料		1,752 円	2,067 円	2,388 円	2,703 円	3,024 円
加算	入浴	120 円	120 円	120 円	120 円	120 円
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ｲ	168 円	168 円	168 円	168 円	168 円
	中重度者ケア体制加算	135 円	135 円	135 円	135 円	135 円
	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化Ⅱ	54 円	54 円	54 円	54 円	54 円
	処遇改善加算Ⅰ (9.2%)	204 円	234 円	264 円	294 円	321 円
合計		2,433 円	2,778 円	3,129 円	3,474 円	3,822 円

□事業所が送迎を行わない場合　片道△１４１円

☆標記金額は１回あたりの目安を表示したものです。１ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。

【第１号通所事業】（ご利用額）

・通所型サービス（独自）

１割負担の場合

月額		通所型サービス１１（月４回を超えた場合）		通所型サービス１２（月８回を超えた場合）	
		事業対象者・要支援１		事業対象者・要支援２	
基本料		1,798 円	1,798 円	3,621 円	3,621 円
加算	口腔機能向上	－	150 円	－	150 円
	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化Ⅱ	72 円	72 円	144 円	144 円
	処遇改善加算Ⅰ (9.2%)	172 円	186 円	346 円	360 円
合計		2,042 円	2,206 円	4,111 円	4,275 円

１回単価		通所型サービス２１（１月の中で全部で４回まで）		通所型サービス２２（1 月の中で全部で８回まで）	
		事業対象者・要支援１		事業対象者・要支援２	
基本料		436 円	436 円	447 円	447 円
加算	口腔機能向上	－	150 円	－	150 円
	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化Ⅱ	72 円	72 円	144 円	144 円
	処遇改善加算Ⅰ (9.2%)	47 円	61 円	54 円	68 円
合計		555 円	719 円	645 円	809 円

２割負担の場合

月額		通所型サービス１１ （月４回を超えた場合）		通所型サービス１２ （月８回を超えた場合）	
		事業対象者・要支援１		事業対象者・要支援２	
基本料		3,596 円	3,596 円	7,242 円	7,242 円
加算	口腔機能向上	－	300 円	－	300 円
	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化Ⅱ	144 円	144 円	288 円	288 円
	処遇改善加算Ⅰ（9.2%）	344 円	372 円	692 円	720 円
合計		4,084 円	4,412 円	8,222 円	8,550 円

１回単価		通所型サービス２１ （１月の中で全部で４回まで）		通所型サービス２２ （1 月の中で全部で８回まで）	
		事業対象者・要支援１		事業対象者・要支援２	
基本料		872 円	872 円	894 円	894 円
加算	口腔機能向上	－	300 円	－	300 円
	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化Ⅱ	144 円	144 円	288 円	288 円
	処遇改善加算Ⅰ（9.2%）	94 円	122 円	108 円	136 円
合計		1,110 円	1,438 円	1,290 円	1,618 円

３割負担の場合

月額		通所型サービス１１ （月４回を超えた場合）		通所型サービス１２ （月８回を超えた場合）	
		事業対象者・要支援１		事業対象者・要支援２	
基本料		5,394 円	5,394 円	10,863 円	10,863 円
加算	口腔機能向上	－	450 円	－	450 円
	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化Ⅱ	216 円	216 円	432 円	432 円
	処遇改善加算Ⅰ（9.2%）	516 円	558 円	1,038 円	1,080 円
合計		6,126 円	6,618 円	12,333 円	12,825 円

１回単価		通所型サービス２１ （１月の中で全部で４回まで）		通所型サービス２２ （1 月の中で全部で８回まで）	
		事業対象者・要支援１		事業対象者・要支援２	
基本料		1,308 円	1,308 円	1,341 円	1,341 円
加算	口腔機能向上	－	450 円	－	450 円
	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化Ⅱ	216 円	216 円	432 円	432 円
	処遇改善加算Ⅰ（9.2%）	141 円	183 円	162 円	204 円
合計		1,665 円	2,157 円	1,935 円	2,427 円

☆標記金額は１回あたりの目安を表示したものです。１ ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。

【その他の加算】

科学的介護推進体制（LIFE）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、科学的な根拠に基づいた介護を行った場合（月額）	1 割負担　40 円
		2 割負担　80 円
		3 割負担 120 円

【保険給付対象外サービス】

対象外サービス	料金	備考
食費	1 回　650 円	配食サービス、おやつ代等 9 時以降のキャンセルについてはご負担いただきます
日常生活の便宜供給費	実費相当	個人の使用する紙おむつ等
実施地域以外の送迎費	片道　500 円	横手市以外の地域
時間外サービス	1時間まで　500 円 （以降、30 分毎に 250 円）	通常時間外のご利用
	※但し、最終預かり時間は 17 時 30 分まで	

※次の場合は自己負担が生じます。

① 介護認定の結果、自立（非該当）となった場合、認定前に提供されたサービスにかかる利用料
② 要介護認定の結果、認定前に提供されたサービス内容が、認定後の区分支給限度額を上回った場合の差額分

◎支払方法

□指定金融機関の利用者指定口座自動引落	□その他（　　）

◎サービス利用にあたっての留意事項

ご利用者が通所介護の提供を受ける際に留意すべき事項は下記のとおりです。

・主治の医師から指示事項等がある場合には申し出ること。
・予定の変更は、予測のつかなかった場合を除き、前日までに申し出ること。
・利用の際は食べ物や金銭等の持参をしないこと。
・利用中、気分が悪くなったときはすみやかに申し出ること。
・機能訓練等の指導がなされているときは、事業所の指示に従うこと。

◎ハラスメントの禁止について（お願い）

ご利用者・ご家族と職員との信頼関係のもとにサービスを提供させていただいておりますが、下記のような職員に対するハラスメント行為があった場合は、サービスの中断や契約の解約となる場合があります。

①セクシャルハラスメント・暴力行為・大声での恫喝・過剰な要求・暴言等
②身体および財物の損傷、または損壊すること等

安心・安全な環境での質の高いサービス提供ができるよう、また、お互いの信頼関係

を築くためにも、ご協力をお願いいたします。

◎守秘義務について

サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密について、利用者や家族又は第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がない限り第三者に漏らしません。この秘密義務は契約終了後も同様です。

◎緊急時の対応について

サービスの提供中、ご利用者の心身の状況の異変、その他緊急事態が生じた時には、速やかにご家族、主治医又はあらかじめ定めている場合は指定協力医療機関に連絡するとともに、管理者に報告し、必要な措置を講じます。また、天災その他の災害が発生した場合、ご利用者の避難等、必要な措置を講じます。

主治医	医療機関名	
	担　当　医	
	所　在　地	
	電話番号	
緊急時連絡先	氏　　名	
	続　　柄	
	住　　所	
	電話番号	

（協力医療機関）

医療機関名称	市立横手病院
所　在　地	横手市根岸町５－３１
電話番号	０１８２－３２－５００１

◎事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、市町村、担当居宅介護支援事業所等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
また、事故の状況や処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発防止対策を講じます。

◎非常災害対策について

事業所は、消防計画等の防災計画に基づき、定期的に避難訓練を行います。
また、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を備え、関係機関への通報体制を整備しております。

◎提供するサービスの第三者評価の実施状況について

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

◎苦情・相談の受付について

当事業所に対する苦情やご相談は、下記の専用窓口で随時対応しております。

職　名	氏　名
管理者・生活相談員	佐　藤　ルミ子
生活相談員	柴　田　理恵子
生活相談員	小　松　由美子
生活相談員	加　藤　聖　子
【苦情解決責任者】	横手市社会福祉協議会事務局長

◎第三者委員

本事業所では、２名を「苦情解決第三者委員」に選任しております。利用者は、本事業所への苦情やご意見について第三者委員に相談することができます。
連絡窓口は次のとおりです。

氏　名	連絡先
照井　克善 川越　伸彦 対応時間　9:00～17:00（平日）	電話番号　0182－33－1033 電話番号　0182－38－8859

◎公的機関における苦情は、次の窓口で申し出等できます。

機関名	連絡先
市本庁まるごと福祉課 対応時間　8:30～17:15	横手市中央町８番２号 電話番号　0182－35－2134 ＦＡＸ　0182－32－9709
※貴方様がお住まいの最寄りの地域局にも申し出できます。 【担当課】市介護保険相談窓口　各地域局福祉担当 対応時間　8:30～17:15	
秋田県国民健康保険団体連合会 対応時間　9:00～17:00	秋田市山王四丁目２番３号 電話番号　018－883－1550 ＦＡＸ　018－883－1551
秋田県福祉サービス相談支援センター 秋田県運営適正化委員会 対応時間　9:00～17:00	秋田市旭北栄町１番５号 電話番号　018－864－2726 ＦＡＸ　018－864－2742

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い交

付しました。

事業者　横手市社会福祉協議会雄風荘指定通所介護事業所

説明者職名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明と交付を受け、指定通所介護サービスの提供内容に同意し受領しました。

令和　　年　　月　　日

利用者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族・代理人　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印