

**地域密着型通所介護  
重要事項説明書**



**ローカルコモンズ・ゆかい**



# ローカルコモンズ・ゆかい

## (地域密着型通所介護)

### 重 要 事 項 説 明 書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

#### 1. 事業者（法人）の概要

|            |                        |
|------------|------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会医療法人社団陽正会            |
| 主たる事務所の所在地 | 〒729-3103 福山市新市町新市37番地 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 寺岡 謙               |
| 電話番号       | 0847-52-3140           |

#### 2. ご利用事業所の概要

|             |                         |            |
|-------------|-------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称   | ローカルコモンズ・ゆかい            |            |
| サービスの種類     | 地域密着型通所介護               |            |
| 事業所の所在地     | 〒729-3103 福山市新市町新市56番地1 |            |
| 電話番号        | 0847-52-7033            |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 2014年 7月 1日             | 3471508238 |
| 実施単位・利用定員   | 1単位                     | 定員15人      |
| 通常の事業の実施地域  | 福山市 府中市                 |            |

#### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスを提供することを目的とします。               |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

#### 4. 提供するサービスの内容

通所介護は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

|          |                                            |
|----------|--------------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から土曜日まで<br>ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。 |
| 営業時間     | 8時30分～17時30分                               |
| サービス提供時間 | 9時30分～16時00分                               |

#### 6. 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 勤務の形態・人数 |
|---------|----------|
| 生活相談員   | 1人以上     |
| 看護職員    | 1人以上     |
| 介護職員    | 1人以上     |
| 機能訓練指導員 | 1人以上     |

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| 担当職員の氏名  | 生活相談員 柳川 和子 谷口 季世子 住貞 里奈 |
| 管理責任者の氏名 | 管理者 柳川 和子                |

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、負担割合に応じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### （１）通所介護の利用料

下記料金は、負担割合（一定以上所得のある方は２割負担、または３割負担）により変わりますので、おおよその目安となります。

#### 【基本部分：通所介護費（地域密着型）】

| 所要時間<br>（１回あたり） | 利用者の<br>要介護度 | 通所介護費            |                                 |
|-----------------|--------------|------------------|---------------------------------|
|                 |              | 基本利用料<br>※（注１）参照 | 利用者負担金<br>（＝１割負担の場合）<br>※（注２）参照 |
| ６時間以上<br>７時間未満  | 要介護１         | ６，７８０円           | ６７８円                            |
|                 | 要介護２         | ８，０１０円           | ８０１円                            |
|                 | 要介護３         | ９，２５０円           | ９２５円                            |
|                 | 要介護４         | １０，４９０円          | １，０４９円                          |
|                 | 要介護５         | １１，７２０円          | １，１７２円                          |

（注１）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注２）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

**※利用者の送迎費用は基本利用料に含まれます。**

#### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類            | 加算の要件                                                                   | 加算額   |        |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
|                  |                                                                         | 基本利用料 | 利用者負担金 |
| 入浴介助加算           | 利用者の入浴介助を行った場合<br>（１日につき）                                               | ４００円  | ４０円    |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）<br>イ | 当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合<br>それぞれの要件を満たした上で、機能訓練を行った場合<br>（１日につき） | ５６０円  | ５６円    |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）<br>ロ | イで配置された人員要件に加え、機能訓練指導員を１人以上配置し、それぞれの要件を満たしたうえで、機能                       | ７６０円  | ７６円    |

|                        |                                                                                 |             |      |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|
|                        | 訓練を行った場合<br>(1日につき)                                                             |             |      |
| 個別機能訓練加算 (Ⅱ)           | 利用者ごとの個別機能訓練計画書の<br>内容等の情報を厚生労働省に提出し<br>、機能訓練の実施にあたり必要な情<br>報を活用した場合<br>(1月につき) | 200円        | 20円  |
| 口腔機能向上加算 (Ⅱ)           | 言語聴覚士1名以上の配置、口腔機<br>能改善管理計画書を作成し、定期的<br>な記録・評価し、厚生労働省に提出<br>している場合 (2回/月)       | 1600円       | 160円 |
| 科学的介護推進体制加算            | 利用者ごとの基本情報を厚生労働省<br>に提出している場合 (1月につき)                                           | 400円        | 40円  |
| 中重度ケア体制加算              | 中重度の要介護者を受け入れる体制<br>を構築し、人材要件を満たした場合<br>(1日につき)                                 | 450円        | 45円  |
| サービス提供体制強化加<br>算 (Ⅰ) ※ | サービスを提供する介護職員総数の<br>うち、介護福祉士の割合が70%以上<br>(1日につき)                                | 220円        | 22円  |
| 介護職員等処遇改善加<br>算 (Ⅰイ) ※ | 厚生労働大臣が定める基準に適合し<br>ている事業所の場合                                                   | 所定単位数の11.7% |      |

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

## 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

| 減算の種類           | 減算の要件                                       | 減算額   |        |
|-----------------|---------------------------------------------|-------|--------|
|                 |                                             | 基本利用料 | 利用者負担金 |
| 送迎費用の減算         | 事業所と同一建物に居住する利用者の<br>送迎費用<br>(1日につき)        | 940円  | 94円    |
| 送迎費用の減算<br>(片道) | 事業所と同一建物以外に居住する利用<br>者の送迎を行わない場合<br>(1日につき) | 470円  | 47円    |

## （２）その他の費用

|                   |                                                                                              |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食費                | 食事の提供を受けた場合、１回につき690円の食費をいただきます                                                              |
| その他               | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |
| アクティビティサービスに係る諸経費 | レクリエーション活動に対し必要な材料費を徴収させていただきます。                                                             |

## （３）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、昼食代（６９０円）のみご請求させていただきます。

緊急に限り、当日の１０時までにキャンセルの申し出があった場合、キャンセル料は発生いたしません。

## （４）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求します。支払い方法は、原則口座引き落としといたしますが、場合によりご相談に応じます。

| 支払い方法   | 支払い要件等                                               |
|---------|------------------------------------------------------|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月２７日（２７日が土日祝日の場合は翌営業日）に、指定する口座より引き落とします。 |

## ９．運営推進会議の設置

当事業所では、地域密着型通所介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

### <運営推進会議>

構 成：利用者や利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、  
地域密着型通所介護について知見を有する者等

開 催：６か月に１回以上

議事録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成

## １０．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医や協力医療機関に連絡する等の措置を講じると共に、緊急時の対応方法に指定された連絡先に報告いたします。

重要事項に関する同意書に緊急時の連絡先の欄を設けていますので必ずご記入下さい。

### 1 1. 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は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 1 2. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |       |              |
|---------|-------|--------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号  | 0847-52-7033 |
|         | 担 当 者 | 柳川 和子        |
|         | 受付時間  | 8：30～17：30   |

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |              |      |              |
|--------|--------------|------|--------------|
| 苦情受付機関 | 福山市介護保険課     | 電話番号 | 084-928-1166 |
|        | 府中市介護保険課     | 電話番号 | 0847-40-0222 |
|        | 広島県国民健康保健連合会 | 電話番号 | 082-554-0783 |

### 1 3. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに従業者にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 附則

この規程は、平成 26 年 7 月 1 日から施行する。

この規程は、平成 27 年 1 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規程は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規程は、平成 27 年 8 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、平成 30 年 8 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 1 年 6 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 1 年 10 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 1 年 10 月 30 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 3 年 8 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 3 年 10 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 4 年 8 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 4 年 9 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 4 年 10 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 5 年 8 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 6 年 7 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規定は、令和 7 年 9 月 8 日から施行する。（一部改正）

この規程は、令和 8 年 1 月 1 日から施行する。（一部改正）

この規程は、令和 8 年 6 月 1 日から施行する。（一部改正）