

## サービス内容・重要事項説明書（通所介護）

あなたに対する通所介護の提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、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. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 美馬市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	徳島県美馬市脇町大字脇町1265番地1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	会長 大垣 賢次郎
電話番号	0883-53-7432
FAX番号	0883-53-6475

### 2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	美馬市穴吹デイサービスセンター「ライフケアたがた」
指定番号	徳島県3670500044号
所在地	美馬市穴吹町口山字田方番地110-2
電話番号	0883-56-0188

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態にあるご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家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的にサービスを提供します。
運営の方針	ご利用者が有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう、心身の状況を把握しつつ、希望に添った日常生活上の世話や機能訓練を、適切な介護技術を持ってサービス提供します。
事業の内容	①送迎 ②生活指導 生活援助 ③機能訓練 ④介護 入浴介護 ⑤給食 ⑥介護方法の指導 ⑦健康状態の確認 ⑧その他の必要と認められるサービス

### 4. ご利用事業所の職員体制

管理者	生活相談員	看護師	機能訓練指導員	介護職員
1名	1名以上	1名以上	1名以上	5名以上

### 5. 提供するサービス営業時間

営業日	毎週月曜日から金曜日までとする。但し、12月29日から1月3日までを除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分までとする。
サービス提供時間	通所介護：午前9時15分から午後4時15分（但しその日の状況により前後する場合があります。） 但し半平、内田地区については、12月から2月の期間は積雪、路面の凍結のおそれがある為、午前9時15分から午後3時15分のサービス提供時間とする場合があります。（但しその日の状況により前後する場合があります。）通所介護：午前9時15分から午後4時15分（但しその日の状況により前後する場合があります。）

## 6. 利用料《基本利用料》

	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間	8～9時間
要介護1	3,700円	3,880円	5,700円	5,840円	6,580円	6,690円
要介護2	4,230円	4,440円	6,730円	6,890円	7,770円	7,910円
要介護3	4,790円	5,020円	7,770円	7,960円	9,000円	9,150円
要介護4	5,330円	5,600円	8,800円	9,010円	10,230円	10,410円
要介護5	5,880円	6,170円	9,840円	10,080円	11,480円	11,680円

《加算》	<input type="checkbox"/> 入浴介助加算 I	400円 (利用毎1日につき)
	<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) イ	560円 (利用毎1日につき)
	<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) ロ	760円 (利用毎1日につき)
	<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (II)	200円 (利用毎1月につき)
	<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	600円 (利用毎1日につき)
	<input type="checkbox"/> 同一建物減算	-940円 (1日につき)
	<input type="checkbox"/> 送迎減算	-470円 (片道につき)
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制加算 (I)	220円 (利用毎1日につき)
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制加算 (II)	180円 (利用毎1日につき)
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制加算 (III)	60円 (利用毎1日につき)
	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 (I)	1月のサービス単位数合計×92/1000
	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 (II)	1月のサービス単位数合計×90/1000
	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 (III)	1月のサービス単位数合計×80/1000

(各月1日～31日間の介護職員処遇改善加算対象のサービス単位数の合計)

<支給限度額外>

② 通所介護が、介護保険の適用を受ける場合、原則として負担割合証に応じた基本利用料、加算等の1割(一定以上の所得のある方は2割または3割)の額をお支払いいただきます。

※上記の基本利用料等は、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、これらの基本利用料等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等を書面でお知らせします。

③ 提供を受ける通所介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

④ 毎月の利用料は、翌月10日までに請求をいたしますので、請求書が届いた日から10日以内にお支払いください。お支払方法は、口座自動引落とし、現金支払いの2通りの中から、ご契約の際に選べます。

7. 実費	食事代	600円 (毎回)
	実施地域外地域の送迎	1km15円 (毎回)
	おむつ代	1枚150円 (毎回)

## 8. キャンセル料

通所介護をキャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料をいただきます。

当日のキャンセル : 通所介護基本利用料の 10 %

## 9. 金銭、貴重品の管理

ご利用時、多額の金銭や貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。又、利用者間の金銭の貸し借り、物品の貸し借りはご遠慮下さい。(何らかの問題が起こった場合、当施設は責任を一切負いません。)

## 10. 通常の事業実施地域

通常の事業実施地域は、美馬市です。

## 11. 事故発生時の対応

通所介護の提供にあたって、事故が発生した場合は、速やかに市・町、家族、主治医、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 12. 非常災害時対策

・防災設備

火災報知器、非常用放送設備等が備わっております。また、施設内各所に消火器を備え付けております。

・防災訓練

年2回、消火訓練、避難誘導訓練、地震訓練等の防災訓練を実施いたします。

・施設には防火管理者を配置しております。

## 13. 虐待の防止

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町に通報します。

## 14. その他

1) 感染症（結核、肝炎、MRSA、伝染病の皮膚疾患）がある場合は、必ず事前にお申し出下さい。当施設が必要だと認めた場合は、診察情報提供書を、提出していただくことがあります。

2) 天候不良（台風、積雪等）により止むを得ない場合に、通所介護サービスの提供を取り止め、又は時間短縮して対応する場合があります。

## 15. 苦情申立窓口

美馬市穴吹デイサービスセンター 「ライフケアたがた」	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話番号 (0883) 56-0188 住所 美馬市穴吹町口山字田方110-2 担当者 中西 房子
美馬市社会福祉協議会	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話番号 0883-53-7432 住所 美馬市脇町大字脇町1265番地1

## 第三者委員

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をいただいています。本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます

脇町	佐藤 充生	090-1579-8209
美馬	田邊 正枝	090-4979-1648
穴吹	藤川 和幸	090-1570-8087

## 行政機関

美馬市保険福祉部長寿・障がい福祉課	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話番号 0883-52-5605 住所 美馬市穴吹町穴吹字九反地5番地
徳島県国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法 電話 088-666-0117

16. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ・ 無

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	

17. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	— —
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	— —
	昼間の連絡先	— —
	夜間の連絡先	— —

令和 年 月 日

当事業者は、利用者に対する通所介護サービスの提供開始に当たり、利用者 利用者家族に対して、サービス内容・重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

社会福祉法人 美馬市社会福祉協議会  
 美馬市穴吹デイサービスセンター「ライフケアたがた」

説明者 職名

氏名 ⑩

私は、サービス内容・重要事項説明書に基づいて、事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名 ⑩

利用者の家族 住所

氏名 ⑩