

重 要 事 項 説 明 書

地域密着型通所介護・第1号通所事業

地域密着型通所介護・第1号通所事業の提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業所概要

事業所名称 通所介護 光憂館
所 在 地 岡山県総社市日羽 456 番地 1
管 理 者 松岡 美知子
電話番号 0866-99-2225
事業所番号 3370800199

2 事業者概要

名 称 社会福祉法人 光優会
所 在 地 岡山県総社市日羽 454 番地
代 表 者 理事長 光嶋 司
電話番号 0866-99-0010

3 事業の目的と運営方針

その利用者が可能な限り居宅において自立した生活を営むことが出来るように、またその有する能力に応じた日常生活の維持・回復を図ると共に、生活の質の確保が出来るように支援します。

4 通所介護サービスの内容

- ① 日常生活上の援助（排せつ、移動、その他必要な身体の介助及び静養）
- ② 健康状態の確認（血圧・脈、体温等の測定、ご利用時間内の服薬介助）
- ③ 機能訓練（身体の状況に応じ、日常生活動作を通じた訓練を行います）
- ④ 食事、入浴
- ⑤ 送迎（身体の状況に合わせた送迎方法で行います）
- ⑥ 生活相談（ご利用者、ご家族の相談等）

5 利用定員

利用定員は10名とする。

6 職員体制

職種	員数（兼務含む）
管理者	1名
生活相談員	1名以上
介護職員	1名以上
機能訓練指導員	1名以上

7 営業日、営業時間およびサービス提供時間

営業日 月～金曜日
(12月29日～1月3日を除く)
営業時間 8:30 ～ 17:30
サービス提供時間 地域密着型通所介護事業: 9:25 ～ 16:35
第1号通所事業 : 9:25 ～ 16:35
所要時間については上記を基本とするが、心身上の都合等
やむを得ない事情の場合は、短時間の提供も可能とする。

8 事業の実施地域

総社市

9 利用料

- 1, 利用料金は別紙「料金表」に記載するとおりです。
- 2, 支払い方法
ご利用料金は1カ月ごとに計算し、翌月の10日以降に請求書をお渡し致します。
お支払いは下記のいずれかの方法によりお願いします。
 - ① 契約時に申し込みいただいた金融機関の口座から毎月23日自動引き落とし
(事務管理費として250円ご負担いただきます)
 - ② 下記法人指定口座へ振り込み(手数料はご負担願います)
お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず領収書をお渡しします
ので、必ず保管されますようお願いいたします。

法人口座

銀行名 吉備信用金庫 支店名 美袋支店

普通口座 口座番号 0102627

口座名 社会福祉法人 光優会

理事長 光嶋 司

＊ 領収書の再発行の際には手数料が発生いたします。(コピー代10円)

- 3, 通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、通常の事業の実施地域を越えた所から公共交通機関を利用した実費をご負担いただきます。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とします。

(1) 事業の実施地域を越えてから、片道10キロ未満 100円

(2) 事業の実施地域を越えてから、片道10キロ以上超えてから5kmごとに 50円

10 緊急時の対応

サービス提供中に様態の変化等があった場合、主治医・ご家族・担当の介護支援専門員
(又は地域包括支援センター)へ連絡致します。状況により必要な措置を講じます。

かかりつけ医		担当医	TEL
ご家族等①		続柄	TEL
			TEL
ご家族等②		続柄	TEL
			TEL

11 非常災害対策

1. 事業所は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、非難、救出訓練の実施等の対策に万全を期すものとします。
2. 事業所は、防火管理者を選任し、非常災害に備えるため、具体的計画に基づき、避難・救出その他必要な訓練を実施します。

12 秘密保持と個人情報の取扱いについて

1. 事業所及び従業員は、業務上知り得た利用者及び家族の秘密及び個人情報を以下の利用目的以外で正当な理由なく第三者に洩らしません。退職後も守秘義務を守ります。
 - ① 利用者の皆様へ提供する介護サービスのため
 - ② 家族の方への心身の状況説明のため
 - ③ 介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料のため
 - ④ 介護保険事務のため
 - ⑤ 介護サービス等の管理、会計・経理、事故等の報告、介護サービスの向上等、管理運営業務のため
 - ⑥ 当施設で行われる実習への協力のため
 - ⑦ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等のため
 - ⑧ サービス担当者会議等において使用するため
 - ⑨ 受診・入院・往診に際し、医療機関へ情報提供するため
 - ⑩ 他事業者へ情報提供するため
 - ⑪ 法に定められた届出や統計のため
2. 事業所は、利用者及び家族から予め文書で同意を得ない限り、第三者に利用者及び家族の個人情報を提供しません。
3. 事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録を残し、情報の提供は1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払います。
4. 個人情報の内容
 - ① 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況など利用者、家族に関する情報
 - ② その他の情報
5. 使用する期間
契約締結日から契約終了までの期間

13 ハラスメントに関する事項

当法人では、職員の安全と尊厳を守り、適正なサービス提供を継続するため、利用者本人および家族等による次の行為を認めていません。

- ・暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言
- ・長時間の拘束、執拗な要求、業務を妨げる行為
- ・暴力、脅迫、名誉棄損、SNS 等による誹謗中傷
- ・実在の有無が不明な第三者（弁護士・行政等）の権威を示唆した不当な要求
- ・その他、職員の就業環境やサービス提供に重大な支障を及ぼす行為

上記行為が認められた場合、当法人は利用者の状態や状況を踏まえつつ、組織的に対応し、注意・警告、対応方法の制限、サービス提供内容の変更、または契約解除等の措置を講じることがあります。

14 苦情申立先

サービスに対する相談や苦情については次の窓口で速やかに対応します。

- ① 当事業所ご相談窓口（担当 松岡 美知子）
受付時間 8:30 ～ 17:30 電話番号 0866-99-2225
- ② 岡山県国民健康保険団体連合会
受付時間 8:30 ～17:00 電話番号 086-223-8811
- ③ 総社市役所 長寿介護課
受付時間 8:30 ～ 17:15 電話番号 0866-92-8369
- ④ （ ）

15 その他

光憂館ではスタッフへのお心遣いは、固くご辞退申し上げますのでご協力下さい。

重要事項説明書及び個人情報の使用に関する同意書

地域密着型通所介護・第1号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項並びに個人情報の使用に関する説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所 通所介護 光憂館
住 所 岡山県総社市日羽 456 番地 1

説 明 者 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業所の従業員から重要事項並びに個人情報の使用に関する説明を受け、地域密着型通所介護・第1号通所事業提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者
住所 _____
氏名 _____ (印)

代筆者
住所 _____
氏名 _____ (続柄) (印)

家族
住所 _____
氏名 _____ (続柄) (印)

重要事項説明書 別紙 料金表

提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

介護サービス基本料（1日単位）

サービス提供区分	提供時間帯	利用料 (円)	利用者負担額		
			1割(円)	2割(円)	3割(円)
4時間以上 5時間未満	要介護1	4,360	436	872	1308
	要介護2	5,010	501	1002	1503
	要介護3	5,660	566	1132	1698
	要介護4	6,290	629	1258	1887
	要介護5	6,950	695	1390	2085
5時間以上 6時間未満	要介護1	6,570	657	1314	1971
	要介護2	7,760	776	1552	2328
	要介護3	8,960	896	1792	2688
	要介護4	10,130	1013	2026	3039
	要介護5	11,340	1134	2268	3402
6時間以上 7時間未満	要介護1	6,780	678	1356	2034
	要介護2	8,010	801	1602	2403
	要介護3	9,250	925	1850	2775
	要介護4	10,490	1049	2098	3147
	要介護5	11,720	1172	2344	3516
7時間以上 8時間未満	要介護1	7,530	753	1506	2259
	要介護2	8,900	890	1780	2670
	要介護3	10,320	1032	2064	3096
	要介護4	11,720	1172	2344	3516
	要介護5	13,120	1312	2624	3936

加算	利用料 (円)	利用者負担額		
		1割(円)	2割(円)	3割(円)
入浴介助加算Ⅰ	400	40	80	120
サービス提供体制強化加算Ⅲ	60	6	12	18
個別機能訓練加算Ⅰイ	560	56	112	168
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	基本料金と加算料金より算定した金額の 1000 分 115 に相当する金額			

第 1 号通所事業（1 月単位）

サービス提供区分		利用料 (円)	利用者負担額		
			1 割(円)	2 割(円)	3 割(円)
要 支 援 1	基本料	17,980	1798	3596	5394
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	720	72	144	216
	介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	基本料金と加算料金より算定した金額の 1000 分 115 に相当する金額			
要 支 援 2	基本料	36,210	3621	7242	10863
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	1,440	144	288	432
	介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	基本料金と加算料金より算定した金額の 1000 分 115 に相当する金額			

※（利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

その他の費用

食費（昼食+おやつ+飲み物）	635 円
日常生活上必要となる諸費用費	実費相当額

* 当日等のキャンセルの場合、昼食代をいただく場合があります。

利用料として、サービス費・諸加算・その他の費用の 1 ヶ月分を合計した額を、サービス提供の翌月 10 日までに請求させていただき、23 日に引き落としを行います。

上記の利用料について説明を受け、これに同意します。

令和 年 月 日

利 用 者

住所 _____

氏名 _____ (印)

代 筆 者

住所 _____

氏名 _____ (続柄) (印)