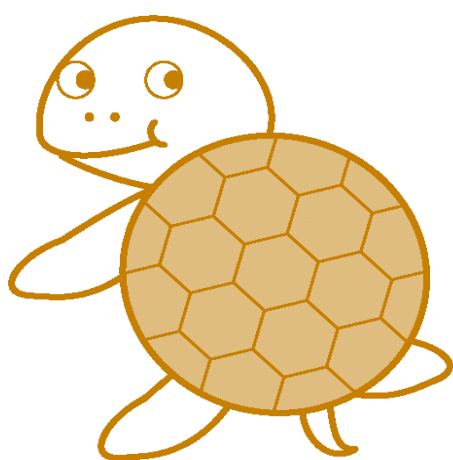


# 介護予防通所介護相当サービス 重要事項説明書



氏 名 \_\_\_\_\_ 様

 社会福祉法人 琵琶湖愛輪会

# 「デイサービスセンター松の浦湯治の郷」重要事項説明書

## 1、(事業名)

- (1) 法人名 社会福祉法人 琵琶湖愛輪会
- (2) 法人所在地 〒520-0512 滋賀県大津市大物 665 番地の 7
- (3) 電話番号・FAX 電話番号 (077) 592 - 2641  
FAX (077) 592 - 2651
- (4) 代表者氏名 理事長 西地 孝介
- (5) 法人理念 「愛と輪」あなたの存在が必要とされる施設に。

## 2、(事業所概論)

- (1) 事業所の種類 介護予防通所介護相当サービス  
指定日 平成 18 年 4 月 1 日  
指定更新日 令和 5 年 6 月 1 日

### (2) 事業所の目的

要介護または要支援状態等にある利用者が、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機能の維持または向上目指し、生活の質の確保およ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、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。

- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター松の浦湯治の郷

- (4) 事業所の所在地 滋賀県大津市大物 665 番地の 9

- (5) 電話番号・FAX 電話番号 (077) 592 - 2641 (代表)  
(077) 592 - 2614 (直通)  
FAX (077) 592 - 2639

- (6) 代表者氏名 管理者 西地 宣徳

### (7) 当事業所の運営方針

いつまでも住み慣れた場所で、その人らしく生活できるように一人一人にあったサービスの提供を目指します。

- (8) 開設年月 平成 18 年 4 月
- (9) 事業の実施地域 大津市北部 7 学区(真野、真野北、堅田、小野、和邇、木戸、小松)から高島市鴨
- (10) 開所日及び時間  
開所日 月・火・木・金・土曜日 8 時 30 分～17 時 30 分  
サービス提供時間 月・火・木・金・土曜日 9 時 20 分～16 時 30 分  
祝日含む。但し、年末年始（12/31～1/3）は除く
- (11) 利用定員 通常規模型通所介護、介護予防通所介護相当サービス  
25 名

### 3、(職員の配置状況)

サービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

<主な職員の配置状況>

管理者 1 名

事業所の従業者の管理及び業務の管理を行う。協力して作成した通所介護計画の内容の確認を行います。

生活相談員 1 名

事業所に対する介護予防通所介護相当サービスの利用の申し込みに係る調整、介護職員・看護職員に対する相談助言及び技術指導を行い、また介護職員・看護職員と協力して介護予防通所介護相当サービス計画の作成等を行います。

介護職員 6 名

事業所を利用する本人に対し生活相談員及び看護職員と協力し介護サービスの提供を行います

看護職員 1 名

事業所を利用する本人に対し身体に関する相談助言を行い、また生活相談員・介護職員と協力し利用者の援助を行います。

機能訓練指導員 1 名

機能訓練指導員は、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機能指導、助言を行う。また生活相談員・介護職員と協力して個別機能訓練計画の作成等を行います。

#### 4、(提供するサービスと利用料金)

##### (1) 介護保険の給付対象となるサービス

###### <サービスの概要>

① 介護予防通所介護相当サービス計画の作成をいたします。

② 送迎

- ・当事業所より、ご自宅まで送迎いたします。車椅子をご利用の方は、車椅子のまま乗車いただけます。

③ 入浴

- ・天然温泉の個浴と車椅子のまま利用可能なチェアインバス、または希望により地域交流センターの大浴場が利用可能です。

④ アクティビティ・サービス

利用者が生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるよう行なう。生活援助(支援)や家庭での日常生活に必要な基礎的なサービス(訓練)及び機能低下を防ぐため必要な訓練を行う。また、本人の身体的、精神的な疲労回復と気分転換が図れるよう各種サービスを提供します。

⑤ 相談、助言に関すること

本人及びその家族の日常生活における身上、介護等に関する相談及び助言を行います。

⑥ その他日常生活上の世話をさせていただきます。

## <サービス利用料金>

利用者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担）を指定金融機関の口座から引き落としのお支払いをしていただきます。詳しくは、別紙サービス利用料金表の定める通りです。

☆ 本人がまだ要支援認定を受けてない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）介護予防通所介護相当サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、本人が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、本人の負担額を変更します。

## (2) 介護保険の給付対象外となるサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が全額自己負担となります。

### <サービスの概要>

#### ① 食事の提供

提供する食事の材料費や光熱費・人件費を含む費用です。

1日 900円

#### ② 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所サービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金を頂きます。

事業所実施地域を越えた場合、越えた地点より 10km ごとに 500円

#### ③ オムツ代

持参して下さい。事業所常備の使用分は現物の返却をして頂きます。

#### ④ サービス利用時に新型コロナウイルス感染症による疑い等が発生し事業所常備の抗原検査キットにて検査をした場合、または利用に際しご家庭で準備が困難な場合、1キット使用につき 550円

## 5、(利用料金の支払い方法)

当事業所は当月分の1割または2割または3割の自己負担及び、食費等を合計し、請求明細書を翌月10日前後にお渡しいたします。本人は、当月分のサービス利用料金を翌月の20日までに支払い頂く事とします。但し、金融機関の営業日により引き落とし日が前後いたします。

支払方法は金融機関の口座から引き落としとさせていただきます。

## 6、(利用の中止、変更)

(1) 利用予定日の前に、都合により、介護予防通所介護相当サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の午前8時40分までに当事業所に申し出てください。

(2) 利用予定日の午前8時40分までに申し出がなく、本人の中止の申し出をされた場合、キャンセル料(900円)をお支払いいただく場合があります。但し、本人の体調不良などの正当な事由がある場合は、この限りではありません。

(3) サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により希望される期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日を提示して協議させていただきます。

## 7、(緊急時における対処方法)

サービス提供中に病状の急変があった場合は、速やかに本人の緊急連絡先へ連絡をとりながら、主治医・救急隊・介護予防通所介護相当サービス計画を作成した地域包括支援センター又は、居宅介護支援事業所等へ連絡すると共に必要な対応を行ないます。

## 8、(事故発生時の対応)

サービス提供中に事故が発生した場合は、本人に適切な処置を行なうと同時に、ご家族へ連絡をとり、必要な措置を講じます。賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行ないます。

#### 9、(人権の擁護、虐待の防止等)

本人の人権の擁護、虐待の防止のため、責任者の設置・従業者に対し研修の機会を確保しています。

#### 10、(非常災害時等におけるの事業継続について)

非常災害等の発生の際に、その事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し協力体制の構築に努めています。

#### 11、(暴力団排除について)

大津市暴力団排除条例にもとづき、当法人の役員及び管理者、その他従業員は暴力団員ではありません。また、暴力団員の支配を受けずサービスから暴力団を排除します。

#### 12、(守秘義務)

当事業者及び職員は、介護予防通所介護相当サービスを提供するうえで、知り得た本人等に関する事項を正当な理由もなく、第三者に漏らしません。又、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべきとしています。なお、個人情報をご利用させていただく場合は同意をいただいた上で利用させていただきます。

#### 13、(苦情の受付について)

当事業所では、本人及びご家族からの相談・苦情に適切な対応をするため、下記の専用窓口で受付を行なっておりますので、ご遠慮なくお申し出ください。

なお、直接ご相談・苦情を申し出にくい場合は、事業所正面玄関に相談箱を設置しておりますので、そちらへ書面にて投函して頂いても結構です。

○相談・苦情受付窓口      管理者      西地 宣徳  
生活相談員 尾崎 香菜

○受付時間      午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分  
電話番号 (077) 592 - 2641 (代表)  
(077) 592 - 2614 (直通)

○大津市介護保険課      〒520-8575 市役所本館 2 階  
電話番号 : 077-528-2753  
FAX 番号 : 077-526-8382

○高島市長寿介護課      〒520-1592 高島市新旭町北畑 565  
電話 番号 : 0740-25-8029  
FAX 番号 : 0740-25-8054

○国民健康保険団体連合会介護保険課  
〒520-0043 大津市中央 4 丁目 5 番 9 号  
電話番号 : 077-510-6605  
FAX 番号 : 077-510-6606

※大津市及び高島市以外の被保険者である場合は、当該市町村の介護保険担当課

#### 14、(代理人)

本人が通所介護サービスを利用するにあたり生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

上記の重要事項説明書を2通作成し、説明を受けた本人または代理人、事業所が署名押印のうえ、1通ずつ保管するものとする。

説明日 令和 年 月 日

上記の重要事項を説明いたしました。

滋賀県大津市大物 665 番地の 9  
社会福祉法人 琵琶湖愛輪会  
デイサービスセンター松の浦湯治の郷

管理者 西 地 宣 徳 印

説明者 \_\_\_\_\_ 印

上記の重要事項の説明を受けました。

本 人 \_\_\_\_\_ 印

本人に代わって、上記重要事項の説明を受けました。

代理人 \_\_\_\_\_ 印  
(後見人又は家族代表者：続柄 )

## ●介護予防通所介護相当サービス料金表

(令和7年8月1日から)

滋賀県大津市地域区分：5級地（1単位あたり10.45円）

基本単位及び算定内容	自己負担額		
	1割	2割	3割
<b>通所型独自サービス21 436単位（1回につき）</b> 事業対象者、要支援1の者で、ケアプランにおいて週1回程度の利用とされている場合の1月の中で4回までのサービスを行った場合に算定	456円	912円	1,367円
<b>通所型独自サービス22 447単位（1回につき）</b> 事業対象者、要支援1・2の者で、ケアプランにおいて週2回程度の利用とされている場合の1月の中で8回までのサービスを行った場合に算定	468円	935円	1,402円
<b>通所型独自サービス11 1,798単位（1月につき）</b> 事業対象者、要支援1の者で、ケアプランにおいて週1回程度の利用とされている場合の1月の中で全5回以上のサービスを行った場合に算定	1,879円	3,758円	5,637円
<b>通所型独自サービス12 3,621単位（1月につき）</b> 事業対象者、要支援1・2の者で、ケアプランにおいて週2回程度の利用とされている場合の1月の中で全9回以上のサービスを行った場合に算定	3,784円	7,568円	11,352円

当事業所では諸条件を満たした場合、各個人において以下の加算及び減算が算定されます

各加算単位及び算定内容		自己負担額		
		1割	2割	3割
<b>送迎減算</b>	<b>47単位（片道につき）</b>	50円	99円	148円
	利用者に対して、その居宅と通所事業所との間の送迎を行わない場合に所定単位数から減算となります。			
<b>通所型独自サービス科学的介護推進体制加算</b>	<b>40単位（1月につき）</b>	42円	84円	126円
	個人データを厚生労働省に提出し科学的に裏付けられた介護を行うことにより、自立支援・重度化防止を目的とした加算となります。			
<b>サービス提供体制加算Ⅱ</b>	<b>事業対象者・要支援1の方 72単位（1月につき）</b>	76円	151円	226円
	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が50%以上である場合に算定となります。			
	<b>要支援2の方 144単位（1月につき）</b>	151円	301円	452円
介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が50%以上である場合に算定となります。				
<b>介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ ※1</b>		月額総利用単位数の12.0%に相当する単位数		

\*上記料金表には、食事費900円（昼食750円・おやつ150円）及びその他アクティビティサービスにかかる諸経費等の費用は含まれておりません

\*請求手数料として毎月82円を頂戴いたします

\*初回時のみ、連絡帳・ファイルケース代200円を頂戴いたします

\*必要時、事業所常備の検査キットを使用した場合1キット550円を頂戴いたします

注) 負担割合につきましては『負担割合証』に記載された割合となります

※1…介護職員等の賃金改善に充てております