

# 地域密着型通所介護重要事項説明書

## 1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0 5 5 4 - 4 5 - 4 1 6 5 (午前8時15分～午後5時15分)

担 当 遠山 一志

\* ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

## 2 よこぶきデイの概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	よこぶきデイ
所 在 地	山梨県都留市川茂328-4
介護保険指定番号	通所介護 (山梨県 第1991100148号)
サービスを提供 する対象地域	都留市 にお住まいの方 上記以外の方でもご希望の方はご相談ください

### (2) 同事業所の職員体制

令和7年4月1日現在

	資格	常勤	非常勤	計
管理者(所長)		兼1名		1名
生活相談員	社会福祉主事,介護福祉士	(兼)1名		2名
兼介護員	社会福祉主事	(兼)1名		
機能訓練指導員			(兼)1名	1名
介護職員	社会福祉主事	1名(兼)1名		2名

### (3) 同事業所の設備の概要

定員	10名	静養室	22.2m <sup>2</sup>
食堂兼機能訓練室	1室 176.1m <sup>2</sup>	相談室	19.2m <sup>2</sup>
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります		
		送迎車	3台

### (4) 営業時間

月曜日～金曜日	午前8時15分～午後5時15分 サービス提供時間 午前9時15分～午後4時15分
定休日	土・日曜日・年末年始(12月29日～1月3日)

\* 緊急連絡先 Tel 0 5 5 4 - 4 5 - 4 1 6 5 4 5 - 8 6 8 6

### 3 サービス内容

- ① 日常生活上の援助
- ② 健康状態の確認
- ③ 送迎サービス
- ④ 入浴サービス
- ⑤ 食事サービス
- ⑥ 生活相談
- ⑦ (機能訓練サービス)

### 4 料金

#### (1) 利用料金

##### ① 利用料（地域密着型） 1 割負担

令和7年4月1日現在

介護度	介護サービス費	入浴	サービス提供体制強化加算		食事代	1日の利用料合計
要介護1	753	40・55	22／回	/回	600円	1,415円 1,430円
要介護2	890					1,552円 1,567円
要介護3	1,032					1,694円 1,709円
要介護4	1,172					1,834円 1,849円
要介護5	1,312					1,974円 1,989円

##### ② 利用料（地域密着型） 2 割負担

介護度	介護サービス費	入浴	サービス提供体制強化加算		食事代	1日の利用料合計
要介護1	1,506	80・110	44／回	/回	600円	2,230円 2,260円
要介護2	1,780					2,504円 2,536円
要介護3	2,064					2,788円 2,818円
要介護4	2,344					3,068円 3,098円
要介護5	2,624					3,348円 3,378円

##### ③ 利用料（地域密着型） 3 割負担

介護度	介護サービス費	入浴	サービス提供体制強化加算		食事代	1日の利用料合計
要介護1	2,259	120・165	66/回	/回	600円	3,045円 3,090円
要介護2	2,670					3,456円 3,501円
要介護3	3,096					3,882円 3,927円
要介護4	3,516					4,302円 4,347円
要介護5	3,936					4,722円 4,767円

④ 利用料（総合事業）1割負担

介護度	介護サービス費	サービス提供体制強化加算	食事代
要支援 1	1,798（1ヶ月）	88/月	600/回
要支援 2	3,621（1ヶ月）	176/月	

⑤ 利用料（総合事業）2割負担

介護度	介護サービス費	サービス提供体制強化加算	食事代
要支援 1	3,596（1ヶ月）	176/月	600/回
要支援 2	7,242（1ヶ月）	352/月	

⑥ 利用料（総合事業）3割負担

介護度	介護サービス費	サービス提供体制強化加算	食事代
要支援 1	5,394（1ヶ月）	264/月	600/回
要支援 2	10,863（1ヶ月）	528/月	

＊ サービスを提供する対象地域以外の方につきましては、介護サービス費に対し中山間地域等提供加算の5%が加算されます。（令和6年6月～）1ヶ月の利用料の合計（但し食事代を除く）に対し9.2%の処遇改善加算が加算されます。

⑦ その他

上記の他、おむつ代、レクリエーション（バスハイク等の行事）にかかる費用等は、自己負担となります。

（2）支払方法

毎月10日以降に前月分の請求を致しますので、月末までにお支払い下さい。

お支払い頂きますと領収書を発行致します。

お支払方法は、現金又は口座自動引き落としのいずれかです。

## 5 サービスの利用方法

まずはご連絡下さい。担当の職員がご自宅までご説明に伺います。

## 6 当事業所の特徴等

### (1) 運営の方針

- ① 本事業所において提供する地域密着型通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- ② 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ③ 利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
- ④ 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- ⑤ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行い、その改善をはかっていく。
- ⑥ 居宅サービスが作成されている場合は当該計画に沿った通所介護を提供する。
- ⑦ 認知症の状態にある要介護者に対して、必要に応じたサービスを提供する。

### (2) サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 送迎時間の連絡
- ・ 体調確認
- ・ 体調不良によるサービスの中止変更
- ・ 食事のキャンセル
- ・ 時間変更
- ・ 設備、器具の利用

## 7 秘密の保持等

職員は、正当な理由なく業務上知り得た利用者または家族等の秘密を漏らしません。退職後も同様に必要な措置を講じます。

また、他の事業者等に対して、利用者に関する情報を提供する場合には、あらかじめ文書により利用者、家族の同意を得ます。

## 8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡を致します。

## 9 非常災害・感染症対策

- ① 非常災害や感染症等の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するために当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- ② 地域密着型通所介護の提供中に天災その他の災害が発生した場合、「よこぶき荘消防計画」にのっとり対応を行います。従業者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との提携方法を確認し、災害時には適切な措置を講じます。
- ③ 非常災害に備え、定期的に避難訓練を行います。
- ④ 感染症の発生、またまん延しないよう措置を講じます。

## 1 0 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、速やかに市町村、家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行うと共に必要な措置を講じ、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

身体拘束は、生命に関わる場合を除いて一切拘束しない方針でサービスを提供させていただきますのでご理解ください。

## 1 1 サービスの内容に関する苦情

- ① 当事業所ご利用者相談・苦情担当  

<u>担当 施設長 山本 政雄</u>	担当窓口 遠山 一志 <u>電話 0 5 5 4 (4 5) 4 1 6 5</u>
---------------------	---
- ② 法人設置の第3者委員

### ③ その他

当事業所以外に、相談・苦情を伝えることができます。

・国民健康保険団体連合会（国保連） 介護保険課

電話 0 5 5 - 2 3 3 - 9 2 0 1 毎週(水)午前 9 時～16 時

・都留市介護保険担当課 電話 0 5 5 4 - 4 6 - 5 1 1 8

この他お住まいの市町村介護保険担当課へ連絡をお願いします。

## 1 2 提供するサービスの第3者評価の実施状況について

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

### 1 3 当事業所の概要

名称・法人種別	<u>社会福祉法人 敬寿会</u>	
代表者役職・氏名	<u>理事長 山本 政雄</u>	
本部所在地・電話番号	〒402-0003 山梨県都留市川茂328-4 TEL 0554(45)4165 TEL 0554(45)8686	
定款の目的に定めた事業	①特別養護老人ホーム 「よこぶき荘」 「よこぶきの郷」 ②地域密着型通所介護事業 ③指定短期入所生活介護事業 ④指定介護予防短期入所生活介護事業 ⑤指定居宅介護支援事業 ⑥総合事業	
施設・拠点等	特別養護老人ホーム	2ヶ所
	地域密着型通所介護	1ヶ所
	短期入所生活介護	1ヶ所
	居宅介護支援	1ヶ所

令和            年            月            日

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 山梨県都留市川茂328-4

名 称      よ こ ぶ き デ イ                                  印

説明者 職名 生活相談員

氏名 遠山 一志 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受け、その内容について同意します。

利用者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(代理人) 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 重要事項説明書 一別紙一

＊利用料金（地域密着型） 上段は1割、中段は2割、下段は3割負担の方

(円)

介護度	介護サービス費		介護サービス費
要介護1	750 1,500 2,250		753 1,506 2,259
要介護2	887 1,774 2,661		890 1,780 2,670
要介護3	1,028 2,056 3,084	→	1,032 2,064 3,096
要介護4	1,168 2,336 3,504		1,172 2,344 3,516
要介護5	1,308 2,616 3,924		1,312 2,624 3,936

＊ 処遇改善加算として、単位数の 9.2%、が加算されます（令和6年6月）。  
入浴加算、サービス提供加算、食事代は今まで通りです。

令和 年 月 日

上記のとおり、地域密着型通所介護の利用料金の変更について説明しました。

事業所 所在地 山 梨 県 都 留 市 川 茂 328-4  
名 称 よ こ ぶ き デ イ 印  
説明者 生 活 相 談 員 遠 山 一 志

私は、本書面により、事業所から地域密着型通所介護の料金の改正について説明を受け、その内容について同意します。

利 用 者 住 所  
氏 名

(代理人) 住 所  
氏 名



ご利用者、ご家族各位

## 通所介護の変更内容について

皆様には、大変お世話になり厚く御礼申し上げます。さて、先日前お知らせいたしました7月からの通所介護につきまして、未定のところもありますが、現時点での変更内容を連絡いたします。

- ・ 名 称          よこぶきデイ
- ・ 指定番号      未定
- ・ 利用者定員    1日10名
- ・ 介護職員数    生活相談員1名    介護員2名
- ・ 利用料金      上段は1割、中段は2割、下段は3割負担の方  
(円)

介護度	介護サービス費		介護サービス費
要介護1	648	→	735
	1,296		1,470
	1,944		2,205
要介護2	765		868
	1,530		1,736
	2,295		2,604
要介護3	887		1,006
	1,774		2,012
	2,661		3,018
要介護4	1,008		1,144
	2,016		2,288
	3,024		3,432
要介護5	1,130		1,281
	2,260		2,562
	3,390		3,843

＊ 入浴、食事代、サービス提供加算、介護職員処遇改善加算、特定処遇改善加算は、今まで通りです。

## 通所介護の変更内容について

皆様には、大変お世話になり厚く御礼申し上げます。さて、新型コロナウイルス感染から、予定されていたサービスが受けられない場合、臨時的に契約内容を変更してサービスを提供いたします。ご利用される方は、下記に同意をお願いいたします。

- ・提供場所                      よこぶきデイ
- ・提供曜日及び時間    土・日曜日    9：15～16：15
- ・他                              利用料金や提供内容等は契約書どおりになります。

令和      年      月      日

上記のとおり、地域密着型通所介護の契約内容の変更について説明しました。

事業所	所在地	山 梨 県 都 留 市 川 茂 3 2 8 - 4
	名 称	よ こ ぶ き デ イ                      印
	説明者	生 活 相 談 員                      遠 山 一 志 印

私は、本書面により、事業所から地域密着型通所介護の契約内容の変更について説明を受け、その内容について同意します。

利 用 者	住 所	
	氏 名	印

(代理人)	住 所	
	氏 名	印

令和 年 月 日

## 通所介護の変更内容について

### ・食事代

現行 550円 ⇔ 変更後 600円

上記のとおり、地域密着型通所介護の契約内容の変更について説明しました。

事業所	所在地	山 梨 県 都 留 市 川 茂 328-4
	名 称	よ こ ぶ き デ イ 印
	説明者	生 活 相 談 員 遠 山 一 志

私は、本書面により、事業所から地域密着型通所介護の契約内容の変更について説明を受け、その内容について同意します。

利 用 者 氏 名

(代理人) 氏 名

前回通知しました件は、食事代と業者がナリコマフードという業者に変更になり、施設内の厨房ですべての調理は行いませんが、新たに食事の提供をしていただくことになりました。