

プライム通所介護重要事項説明書

< 令和7年 7月 1日 現在 >

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 0853-25-8356 (8時30分～17時30 分まで)
ファックス 0853-25-8376 (8時30分～17時30 分まで)
担当 プライム清流園通所介護事業所 生活相談員
栗原 タ子

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 清流園通所介護事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	プライム清流園通所介護事業所
所在地	島根県 出雲市 大津町 3529番地
介護保険指定番号	地域密着型通所介護 (島根県 3290400773号)
サービスを提供 する対象地域 *	出雲市にお住まいの方

* 上記地域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

	資格	職員体制	業務内容	計
管理者		1名(1)	従業者の管理、サービス利用の調整、業務実施状況管理等	1名(1)
生活相談員	介護福祉士	4名(4)	利用者の生活向上の為の相談・援助、介護業務統括等	4名(4)
機能訓練指導員	看護師	2名(2)	日常生活動作の機能保持、機能回復訓練	2名(2)
看護職員	看護師	2名(2)	健康相談、健康管理	2名(2)
介護職員	その他	8名(4)	利用者の介護業務、生活訓練	8名(4)

* 職員体制欄の()内は兼務職員数

(3) 同事業所の設備の概要

定員	18名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	1室
浴室	一般浴槽・機械浴・特殊浴	各種コーナー	多目的ホール
※定員は総合事業と併せての定員		送迎車	5台

(4) 営業時間(利用時間)

毎 日	9時10分～ 16 時 20分 (所要時間7時間以上8時間未満)
-----	----------------------------------

* 緊急連絡電話 0853-25-8356

※1月1日から2日は休日とします。

3. サービス内容

- ① 送迎・・・小型車、大型車、リフト車を使用し、利用者のご希望に便宜を払います。
- ② 食事・・・栄養管理した食事を、病状や状態に合わせ提供致します。
- ③ 入浴・・・利用者の状態に合わせて、普通浴、機械浴、特殊浴を行います。
- ④ 機能訓練・・・生活リハビリ、体操、歩行練習、口腔体操、筋力トレーニング、その他
- ⑤ 生活相談、健康相談等

4. 料金

(1) 利用料金

＜介護保険適用対象サービス＞

① 地域密着型通所介護費 ・ 利用料

要介護度	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要介護度1	¥7,530	¥753	¥1,506	¥2,259
要介護度2	¥8,900	¥890	¥1,780	¥2,670
要介護度3	¥10,320	¥1,032	¥2,064	¥3,096
要介護度4	¥11,720	¥1,172	¥2,344	¥3,516
要介護度5	¥13,120	¥1,312	¥2,624	¥3,936

② 入浴介助加算（Ⅰ）

介助浴 1回あたり ¥400

ただし、介護保険適用時の自己負担は上記の1割または2割または3割です。

③ サービス提供体制加算（Ⅰ）

1回あたり ¥220

ただし、介護保険適用時の自己負担は上記の1割または2割または3割です。

④ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

1月の所定単位数×92/1000

ただし、介護保険適用時の自己負担は上記の1割または2割または3割です。

⑤ 若年性認知症利用者受入加算（40歳以上65歳未満の若年性認知症利用者の方が対象です）

1回あたり ¥600

ただし、介護保険適用時の自己負担は上記の1割または2割または3割です。

＜介護保険適用対象外サービス＞

⑥ 昼食費

1食あたり ¥600（全額自己負担）

（ 食材料費 ¥400 調理に係る費用 ¥200 ）

⑦ 行事費

¥〇〇〇（全額または半額自己負担）・・・ レクの内容による材料費等発生する場合、事前にお知らせします。

⑧ 送迎料金

通常の事業の実施地域を越えて行う地域密着型通所介護に要した送迎車の交通費は次の額になります。

事業の実施地域を越えて、片道おおむね15キロメートル未満 850円

事業の実施地域を越えて、片道おおむね15キロメートル以上 1200円

実施地域を越えた交通費の支払いを受ける場合には、利用者またはその家族に対して事前に文書で説明したうえで、支払いに同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けることとします。

(2) 健康上の理由による中止

- ①風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

(3) 支払方法

毎月、10日以降に前月分の請求をいたしますので、24日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金支払い、または、口座自動振替の方法でお願いします。

- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日出雲市役所高齢者福祉課の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

- ① お客様のご都合でサービスを終了する場合
サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。
- ③ 自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - ・お客様が介護保険施設に入所した場合
 - ・介護予防給付でサービスを受けていたお客様の認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。
 - ・お客様がお亡くなりになった場合
- ④ その他
 - ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当園が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
 - ・お客様が、サービス利用料金の支払を請求書送付後1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合

またはお客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6. 当事業所のサービスの特徴等

(1) 事業の目的

プライム清流園通所介護事業所は、介護保険法の理念に基づき適正な運営を確保するため人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者に対して、通所介護サービスを提供することにより自立した生活が送れるよう機能訓練、入浴、食事、その他生活全般に亘り適正な支援介護事業を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

プライム清流園通所介護事業所は、要介護者の心身の特性を踏まえその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう機能保持、機能回復訓練、健康管理等を目的に生活全般に関わる援助を行ないます。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

提供されるサービスは、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち不当にかたよる事なく、公平、中立に行ないます。

(3) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	可能な限り同性介助で行っています。
時間延長の有無	無	
職員への研修の実施	有	
サービスマニュアルの作成	有	
その他		

(4) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡 大幅に変更する場合は事前に連絡いたします。
- ・体調確認 家族や主治医に連絡し、確認させて頂くことがあります。
- ・体調不良等による
サービスの中止・変更 緊急連絡簿に従って連絡いたします。
- ・時間変更 事前に電話、または文書にて連絡いたします。
- ・設備、器具の利用 カラオケ等ご希望がありましたら職員にお申し出下さい。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8. 非常災害対策

・防災時の対応		防災時の対応マニュアルにそって対応します。
・防災設備		火災報知器、スプリンクラー、消火器等の設置
・防災訓練		通報、避難・誘導、消火訓練を定時に実施します。
・防火管理者		施設相談員（本田 学）

9. 事故発生時の対応

すみやかに対応マニュアルに沿って必要な措置を行なうとともに、関係市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

10. サービス内容に関する苦情担当

当事業所が提供するサービスについてご相談や苦情等がございましたら下記まで遠慮なくお申し出ください。

また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。さらに、第三者委員は苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立ち会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方との話し合いによって円滑な解決に努めます。

当事業所ご利用者相談・苦情担当 電話 0853-25-8356

苦情受付担当者	プライム清流園通所介護事業所	生活相談員	栗原 夕子
		生活相談員	高橋 紗英
		生活相談員	黒瀬 涼香
		生活相談員	和田 貴行

苦情解決責任者	園 長	佐伯 八重
---------	-----	-------

第 三 者 委 員	天野 良枝 様
-----------	---------

第 三 者 委 員	神田 法秀 様
-----------	---------

11. 第三者評価の実施状況 (有 ・ ☒ 無)

12. 当事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 静和会
代表者役職・氏名	理事長 原 啓太
本園所在地・電話番号	島根県出雲市大津町3529番地
定款の目的に定めた事業	1、第一種社会福祉事業 2、第二種社会福祉事業
事業所数等	介護老人福祉施設 1ヶ所 地域密着型老人福祉施設 1ヵ所 (介護予防)訪問介護事業所 1ヶ所 (介護予防)通所介護事業所 1ヶ所 (介護予防)地域密着型通所介護事業所 1ヶ所 (介護予防)短期入所生活施設 1ヶ所

(介護予防)地域密着型短期入所介護事業所 1ヶ所
居宅介護支援事業所 1ヶ所 指定障害福祉サービス事業所 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、利用者及び家族に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

法人名称	社会福祉法人 静和会
法人所在地	島根県出雲市大津町3529番地
事業所名	プライム清流園通所介護事業所
説明者	印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。利用の後は、本書面の内容を踏まえ、秩序の保持に協力します。

(利用者) 住所

氏名 印

(利用者家族代表者) 住所

氏名 印

第1号プライム通所事業重要事項説明書 ＜令和 7 年 7 月 1 日 現在＞

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 0853-25-8356 (8時30分～17時30 分まで)
 ファックス 0853-25-8376 (8時30分～17時30 分まで)
 担当 プライム清流園通所介護事業所 生活相談員
 栗原 タ子

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 清流園通所介護事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	プライム清流園通所介護事業所		
所在地	島根県 出雲市 大津町 3529番地		
介護保険指定番号	第1号通所サービス	(島根県 3290400773号)	
サービスを提供 する対象地域 *	出雲市にお住まいの方		

* 上記地域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

	資格	職員体制	業務内容	計
管理者		1名(1)	従業者の管理、業務実施 状況管理等	1名(1)
生活相談員	介護福祉士	4名(4)	利用者の生活向上の為 の相談・援助、介護業務 統括等	4名(4)
機能訓練指導員	看護師	2名(2)	日常生活動作の機能保 持、機能回復訓練	2名(2)
看護職員	看護師	2名(2)	健康相談、健康管理	2名(2)
介護職員	その他	8名(4)	利用者の介護業務、生活訓練	8名(4)

* 職員体制欄の()内は兼務職員数

(3) 同事業所の設備の概要

定員	18名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	1室
浴室	一般浴槽・機械浴・特殊浴	各種コーナー	多目的ホール
※定員は通所介護と併せての定員		送迎車	5台

(4) 営業時間(利用時間)

毎 日	9時10分～ 16 時 20分 (所要時間7時間以上8時間未満)
-----	----------------------------------

* 緊急連絡電話 0853-25-8356

※1月1日から2日は休日とします。

3. サービス内容

- ① 送迎・・・小型車、大型車を使い、利用者のご希望に便宜を払います。
- ② 食事・・・栄養管理した食事を普通食、きざみ食、ミキサー食等状態に合わせ提供します。
- ③ 入浴・・・普通浴、特殊浴を行います。
- ④ 日常生活動作訓練・・・生活リハビリ、体操、歩行練習、その他
- ⑤ 生活相談、健康相談等

○介護予防サービス適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日出雲市役所高齢者福祉課の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

4. 料金

(1) 利用料金 <第1号通所事業適用対象サービス>

① 介護予防通所介護費(基本単位)

利用回数	1月当たりの利用料金	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
週1回程度	¥17,980	¥1,798	¥3,596	¥5,394
週2回程度	¥36,210	¥3,621	¥7,242	¥10,863

※送迎、入浴は、基本単位に含まれます。

② サービス提供体制強化加算 (I)

要支援1・2・事業対象者の方で週1回程度の利用 1月当たり¥880

要支援2・事業対象者の方で週2回程度の利用 1月当たり¥1760

ただし、介護保険適用時の自己負担は上記の1割または2割または3割です。

③ 若年性認知症利用者受入加算(40歳以上65歳未満の若年性認知症利用者の方が対象です) 1回あたり¥600

ただし、介護保険適用時の自己負担は上記の1割または2割または3割です。

④ 介護職員等処遇改善加算 (I)

1月の所定単位数×92/1000

ただし、介護保険適用時の自己負担は上記の1割または2割または3割です。

<保険適用対象外サービス>

⑤ 昼食費

1食あたり ¥600 (全額自己負担)

(食材料費¥400 調理に係る費用¥200)

⑥ 行事費

¥〇〇〇 (全額自己負担)・・・行事に伴う弁当代等、その都度お知らせします。

○健康上の理由による中止

- ・風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

(2) 支払方法

毎月、10日以降に前月分の請求をいたしますので、24日までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金支払い、または、口座自動振替の方法でお願いします。

- 介護予防サービス適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日出雲市役所高齢者福祉課の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

5. サービスの利用方法

(1) 第1号通所サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。
第1号通所サービス計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 第1号通所サービスを受けていたお客様の認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当園が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払を請求書送付後1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6. 当事業所のサービスの特徴等

(1) 事業の目的

プライム清流園通所介護事業所は、介護保険法の理念に基づき、支援が必要な状態にある高齢者に対して「自立支援」「尊厳の保持」を基本としつつ、明るく活力ある生活が確保できるよう、人員及び管理運営に関する事項を定め、適正な介護支援を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

プライム清流園通所介護事業所は、要支援者の心身状況等を把握し自立した日常生活の達成を目標に、その有する運動機能の向上、栄養改善口腔機能の向上を利用者の選択により実施し、利用者の意欲高揚、心身機能の改善を目指します。又あわせて生活全般に関わる援助を行ないます。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。提供するサービスは、利用者の意志及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立ち不当にかたよる事なく、公平、中立に行います。

(3) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	可能な限り同性介助で行っています。
時間延長の有無	無	
職員への研修の実施	有	
サービスマニュアルの作成	有	
その他		

(4) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡 大幅に変更する場合は事前に連絡いたします。
- ・体調確認 家族や主治医に連絡し、確認させて頂くことがあります。
- ・体調不良等による
サービスの中止・変更 緊急連絡簿に従って連絡いたします。
- ・時間変更 事前に電話、または文書にて連絡いたします。
- ・設備、器具の利用 カラオケ等ご希望がありましたら職員にお申し出下さい。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、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いたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8. 非常災害対策

・防災時の対応		防災時の対応マニュアルにそって対応します。
・防災設備		火災報知器、スプリンクラー、消火器等の設置
・防災訓練		通報、避難・誘導、消火訓練を定期に実施します。
・防火管理者		施設相談員（本田 学）

9. 事故発生時の対応

すみやかに対応マニュアルに沿って必要な措置を行なうとともに、関係市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行ないます。

10. サービス内容に関する苦情担当

当事業所が提供するサービスについてご相談や苦情等がございましたら下記まで遠慮なくお申し出ください。

また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。さらに、第三者委員は苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立ち会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方との話し合いによって円滑な解決に努めます。

当事業所ご利用者相談・苦情担当 電話 0853-25-8356

苦情受付担当者	プライム清流園通所介護事業所	生活相談員	栗原 夕子
		生活相談員	高橋 紗英
		生活相談員	黒瀬 涼香
		生活相談員	和田 貴行

苦情解決責任者 園 長 佐伯 八重

第 三 者 委 員 天野 良枝 様

第 三 者 委 員 神田 法秀 様

11. 第三者評価の実施状況 (有 ・ ☒ 無)

12. 当事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 静和会
代表者役職・氏名	理事長 原 啓太
本園所在地・電話番号	島根県出雲市大津町3529番地
定款の目的に定めた事業	1、第一種社会福祉事業 2、第二種社会福祉事業

事業所数等 介護老人福祉施設 1ヶ所
地域密着型老人福祉施設 1ヶ所
(介護予防)訪問介護事業所 1ヶ所
(介護予防)通所介護事業所 1ヶ所
(介護予防)地域密着型通所介護事業所 1ヶ所
(介護予防)短期入所生活施設 1ヶ所
(介護予防)地域密着型短期入所生活施設 1ヶ所
居宅介護支援事業所 1ヶ所 指定障害福祉サービス事業所 1ヶ所

令和 年 月 日

介護予防 通所介護の提供開始にあたり、利用者及び家族に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

法人名称 社会福祉法人 静和会
法人所在地 島根県出雲市大津町3529番地
事業所名 プライム清流園通所介護事業所
説明者 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防通所介護についての重要事項の説明を受けました。利用の後は、本書面の内容を踏まえ、秩序の保持に協力します。

(利用者) 住所

氏名 印

(利用者家族代表者) 住所

氏名 印