

通所介護事業所おおしま・通所介護重要事項説明書

1 通所介護事業所（法人）の概要

名称・法人名	社会福祉法人 陽翔会
代表者名	理事長 高尾 勲
所在地・連絡先	(住所) 431-3112 静岡県浜松市中央区大島町891番地 (電話) 053-431-1111 (FAX) 053-431-1110

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所の種類	指定通所介護事業
事業所名	通所介護事業所 おおしま
所在地・連絡先	(住所) 431-3112 静岡県浜松市中央区大島町891番地 (電話) 053-431-1111 (FAX) 053-431-1110
事業所番号	2277103343 平成18年8月1日指定
管理者の氏名	鈴木 君代
利用定員	35名

(2) 事業所の職員体制

令和8年6月1日現在

従業員の職種	人数（人）	職務の内容
管理者	1名	従業員の管理及び業務の管理
生活相談員	1名以上（介護職員兼務含む）	契約者の相談、生活支援
看護職員	1名以上 （機能訓練指導員兼務）	看護、介助等
介護職員	5名以上 （生活相談員兼務含む）	日常生活の介護等
機能訓練指導員	1名以上（看護職員兼務）	機能訓練
事務職員等	1名	

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	浜松市中央区（積志・長上・笠井・中ノ町・和田・蒲・曳馬地区） 浜松市浜名区（北浜・浜名地区）
---------	---

(4) 営業日

営業日	月～土 ただし1月1日を除く
営業時間	8：30～17：30
提供時間	9：30～16：30

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 12:00～13:00 ご利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排 泄	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	機能訓練指導員によりご利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
生 活 指 導	ご利用者の生活面での指導・援助を行います。各種レクリエーションを実施します。
健 康 チェ ッ ク	血圧測定等ご利用者の全身状態の把握を行います。
相 談 及 び 援 助	ご利用者とそのご家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から事業所までの送迎を行います。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、要介護度に応じ算定された費用の一部がご利用者の負担額となります。

① 通所介護費（所要時間7時間以上8時間未満）〈1回につき〉

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
658単位	777単位	900単位	1,023単位	1,148単位

② 入浴介助を行った場合は、1日につき 40単位

③ 若年性認知症利用者受入加算として、1日につき60単位

※初老期における認知症によって、要介護者となったご利用者に対してサービスを行った場合

④ 科学的介護推進体制加算として1月につき40単位

※ご利用者ごとの身体の状態や心身・疾病の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、情報やその他サービスを適正かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合。

⑤ 介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

（イ）所定単位数にサービス別加算率11.1%を乗じた単位数で算定します。

（ロ）所定単位数にサービス別加算率12.0%を乗じた単位数で算定します。

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

（イ） 所定単位数にサービス別加算率 10.9% を乗じた単位数で算定します。

（ロ） 所定単位数にサービス別加算率 11.8% を乗じた単位数で算定します。

介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）

所定単位数にサービス別加算率 9.9% を乗じた単位数で算定します。

介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）

所定単位数にサービス別加算率 8.3% を乗じた単位数で算定します。

○地域区分改正による適用単価の変更にて、浜松市は地域区分が「7級地」であるため、上記票の単位数に 10.14 円を乗じた金額の 1 割～3 割のいずれかが自己負担となります。

○介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

（２）介護保険給付対象外サービス

○食事の提供に要する費用 870 円（食費 750 円、おやつ 120 円）

○おむつ代 尿取りパット 1 枚 50 円、紙おむつ 1 枚 100 円、パンツ式 1 枚 150 円

○事業の実施地域以外の送迎費

2－（３）の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、片道 1 キロメートルあたり 10 円の実費が必要となります。

○その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用及び教養娯楽に必要な費用であって、ご利用者に負担させることが適当と認められる費用は、ご利用者の負担となります。

〔日常生活品費〕

日常生活の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

品目	1 枚あたりの金額
バスタオル	80 円
フェイスタオル	50 円
下拭きタオル	50 円
おしぼりタオル	40 円

※入浴時は、バスタオル 2 枚、フェイスタオル 1 枚、下拭きタオル 1 枚を入浴用タオルセットとして 250 円に対応させていただきます。

尚、上記の品目につきましては、お持込も可能です。

※下記の品目につきましては、施設内の売店でもお求めいただけますし、お持込も可能です。

歯ブラシ、歯磨き粉、口腔ケア用スポンジブラシ、エプロン（食事用）、お尻拭き、ウェットティッシュ等。

〔教養娯楽費について〕

趣味活動として個人で製作する材料代は実費をいただきます。

○キャンセル料

ご利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、ご利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の午前8時までに連絡があった場合	無料
利用日の午前8時までに連絡がなかった場合	当日利用料金の10%（自己負担額相当）
利用日の午前9時30分までに連絡がなかった場合	食費相当額 750円

（3）利用料等のお支払い方法

料金・費用は、1月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

1月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

① 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：静岡銀行、浜松磐田信用金庫、農業協同組合、郵便局（利用した翌月の20日に引き落としされます）

② 下記指定口座への振込み

浜松磐田信用金庫 西ヶ崎支店 普通預金 686078

※入金確認後、領収書証を発行します。

4 事業所の特徴等

（1）事業の目的

社会福祉法人陽翔会が開設する通所介護事業所おおしまが行う指定通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員(以下「生活相談員等」という。)が、要介護状態にある高齢者に対して、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。

（2）運営方針

通所サービスの提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、ご利用者の社会的孤立感

の解消及び心身機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業所、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るものとする。

その他

従業員研修 月 1 回、質的向上を図るための研修を行います。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所ご利用者相談窓口	窓口責任者 穴戸 俊介 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話 053-431-1111 面接 当事業所面接室 苦情箱 エレベーター付近に設置
浜松市	介護保険課 電話 053-457-2787 中央福祉事業所 長寿支援課 中央区役所内 電話 053-457-2324 東行政センター内 電話 053-424-0184 浜名福祉事業所 長寿保険課 浜名区役所内 電話 053-585-1122
静岡県国民健康保険団体 連合会	介護保険課 静岡市葵区春日二丁目4番34号 電話 054-253-5590

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにご利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	電話番号	
	氏名	

緊急家族連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	
	住所	
	電話番号	

7 非常災害時の対策（併設施設と一体で行います。）

非常時の対応	別途定める消防計画に則り対応を行います。
避難訓練及び防災訓練	別途定める消防計画に則り年2回避難訓練を行います。
消防計画等	消防署への届出日：令和8年4月8日 防火管理者：宍戸 俊介

8 サービス利用に当たっての留意事項

○サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

○施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○決められた場所以外での喫煙は禁煙となっておりますので、おたばこは喫煙室にてお願いします。

○他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○所持金品は、自己の責任で管理してください。

○事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

○台風接近時の対応について、朝7時の時点で「暴風警報」が気象庁より発令されている場合、その日のサービスは中止させていただきます。（中止の場合はこちらから電話連絡を入れさせていただきます。）

また、お帰りの送迎時間に「暴風警報」の発令が予測される場合も、帰宅時間が早くなることがあります。

9 虐待の防止について

事業所は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ・従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ・サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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ご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

10 感染症対策について

事業所での感染症の発生及びまん延等に関する取り組みを徹底するため、委員会の設置や指針の整備、研修及び訓練を定期的の実施しています。

11 第三者評価の実施状況

実施の有無：なし

直近の年月日：

評価機関の名称：

評価結果の開示状況：

当事業者は、利用者へのサービス提供に当たり、本書面に基づき通所介護サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者	住所	浜松市中央区大島町 8 9 1 番地
	事業者（法人）名	社会福祉法人陽翔会
	施設名	通所介護事業所 おおしま
	事業所番号	2 2 7 7 1 0 3 3 4 3
	代表者名	高尾 勲

説明者	職名	生活相談員
	氏名	

印

私は、本書面に基づいて事業者から通所介護サービスの内容及び重要事項説明の説明を受け、通所介護サービスの提供に同意しました。

令和 年 月 日

利用者住所

氏名

印

代理人（選任した場合）住所

氏名

印

（続柄）