重要事項・サービス内容　説明書

通 所 介 護 セ ン タ ー　橘 花 苑

はじめに

当事業所は、居宅介護サービス計画に基づき、利用者様に対して介護保険の指定通所介護サービス・介護予防通所サービス（以下、「指定通所介護等」という。）を提供します。ご利用に当たって、施設の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいこと等の重要事項を介護保険法に関する省令39号５条に基づき、次のとおり説明します。

１　事業所を経営する法人

法人名	社会福祉法人　高見福祉会	
法人所在地	広島県尾道市向島町立花４１８番地１	
電話番号	（０８４８）　４４－５７５８	
代表者名	理事長	髙橋　聖二
設立年月日	昭和６０年　7月　４日	

２　ご利用事業所

種類等	指定通所介護等（指定番号）3474100116　（指定更新日）令和８年 ４月 １日
目的	指定通所介護等サービスは、介護保険法令に従い、利用者様がその有する能力に応じて可能な限り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、機能訓練等を行い、適切な通所介護サービスを提供します。
事業所名	通所介護センター　橘花苑
事業所所在地	広島県尾道市向島町立花４１８番地１
電話番号	電話(0848) 44-5774　FAX(0848) 45-3755
事業所管理者	（管理者）　桒 原 悟
運営方針	利用者様の意思及び人格を尊重し、利用者様の立場に立ち、家庭的な雰囲気を有するサービス提供に努めるとともに、地域や関係機関との連携を図りつつ、より質の高いサービスのご提供をすることを運営の方針としております。
利用定員	２５人／日
営業日	毎週　月曜日から土曜日(祝日も営業)ただし、12 月 31 日～1 月 3 日の間は休業します。
営業時間	午前８時００分から午後５時００分までです。
ｻｰﾋﾞｽ提供時間	午前９時００分から午後４時００分までです。

３　施設の概要

建築構造		鉄筋コンクリート平屋建て　耐火構造					
延べ床面積	内訳	室　名　・　面　積					
		食堂兼機能訓練室	79.20 ㎡	休養室	59.60 ㎡	静養室	1.20 ㎡㎡
		一般浴室	16.00 ㎡	脱衣室	8.00 ㎡	特殊浴室	21.00 ㎡
328.00 ㎡		トイレ	19.00 ㎡	相談室	8.00 ㎡	介護教室	10.00 ㎡
		動作訓練室	10.00 ㎡	配膳室	8.00 ㎡	事務室	24.00 ㎡
		機械室	8.00 ㎡	ピロティ	16.00 ㎡	その他通路等	

4　職員の配置状況（令和８年 10 月１日現在）

職　種	員数（勤務形態）					職 務 内 容
管理者	１名	常勤専従	１名	非常勤専従	０名	事業所従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
		常勤兼務	０名	非常勤兼務	０名	
生活相談員	２名	常勤専従	１名	非常勤専従	０名	相談援助等の生活指導を行う。
		常勤兼務	１名	非常勤兼務	０名	
看護職員	３名	常勤専従	０名	非常勤専従	０名	看護、介護の業務を行う。
		常勤兼務	１名	非常勤兼務	２名	
介護職員	３名以上	常勤専従	２名	非常勤専従	３名	介護の業務を行う。
		常勤兼務	１名	非常勤兼務	０名	
機能訓練指導員	３名	常勤専従	０名	非常勤専従	０名	機能の減退を防止するための訓練を行う。 看護職員が兼務。
		常勤兼務	１名	非常勤兼務	２名	

5　利用料金

① 介護保険の給付対象サービス利用料金（法定代理受領を前提としています。）については別表のとおりです。この料金につきましては、法令通知に基づき、利用料金の改定を随時行います。利用料金の改定があった場合は、事前にご説明いたします。
② 介護保険の対象外サービス利用料金（全額自己負担）につきましても別表のとおりです。（利用につきましては任意です。）この料金につきましては、事前にご説明の上、料金を改定します。
③ 加算に該当するサービスを実施した場合は、その加算に相当する額をお支払いいただきます。

6　利用料金のお支払い

① 利用料金は、原則として、現金払いもしくは自動払い込みでお支払いいただきます。
② 介護保険の給付対象サービスにつきましては、原則として１割負担、２割負担又は３割負担です。負担割合につきましては，「介護保険負担割合証」でご確認ください。介護保険法令に基づく「償還払い」の方法をとられる場合は、事前にお知らせください。「利用証明書」又は「領収書」を発行します。
③ 利用料金を１か月滞納されますと、契約解除の対象となります。

7　ご利用のキャンセル

① ご利用予定日の利用をキャンセルされる場合は、極力、前日までにご連絡ください。やむを得ず当日キャンセルされる場合は、午前８時までにご連絡ください。
② 当日キャンセルの場合は、食事代を請求させていただく場合がございます。

8　領収証・証明書等の交付

① 利用料金の領収書は、お支払いの都度、ご利用明細を記載したものをお渡しします。（再発行はいたしません、確定申告等に使用される方は大切に保管してください。）
② サービス提供証明書が必要な場合は、営業時間中はいつでも受付けます。

9　サービス内容

① 　自宅までの送迎
② 一般浴槽・特殊浴槽での入浴サービス（必要に応じて着脱・入浴介助を行います。）
③ 食事の提供（必要に応じて食事介助を行います。）
④ 排泄介助（必要に応じて、トイレ誘導・オムツ交換等介助を行います。）
⑤ 機能訓練（生活リハビリ）を状態に応じて行います。
⑥ アクティビティ・サービス（レクリエーション）を行います。
⑦ 健康チェックを行います。
⑧ その他、介護保険法令に基づき通所介護で必要なサービスを行います。

10 ご利用者の範囲

① 当事業所のご利用対象者は、事業対象者および要支援１・要支援２又は要介護度１から要介護度５の方です。
② 自立の方はご利用できません。
※ 経過的要介護等、介護保険法令で「利用できる」とされた方は、ご利用になれます。
詳しくは保険者（尾道市）・担当ケアマネジャー・当事業所の職員にお尋ねください。

11 利用者様やそのご家族等の個人情報のお取扱

① 事業所並びに従業者は、業務上知り得た利用者様やそのご家族等の個人情報を「個人情報使用同意書」により同意された範囲以外に漏らしません。
② 個人情報を使用する場合であっても、必要最小限の情報を使用し、他に漏れることのないよう、十分配慮します。
③ 従業者は、就業中はもちろん退職後についても、業務上知り得た個人情報を漏らさない旨、誓約書に署名しております。

12 非常災害対策

① 事業所の消防・防災・事業継続等の計画に基づき、年２回以上の避難・救出等の訓練を行います。

13 事故発生時の対応

① 従業者は、事業の実施中に利用者様について事故が発生した場合は、速やかに主治医に連絡し、指示を仰ぐ等必要な措置を講じ、事故を最小限にする努力を行うとともに、事故の内容や利用者様の状態をご家族に報告します。
② 事業所は、事故の概要・原因などを調査し、再発防止に必要な措置を講じるとともに、その内容を利用者様が選定した居宅介護支援事業所・主治医・保険者（尾道市）に報告します。
③ 事業所は、事業の提供に伴い、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合、その損害を賠償します。
事業所は、利用者様に対する損害賠償を担保するため、損害賠償保険に加入しています。

14 苦情の受付等

① 苦情は、文書・口頭にかかわらず、いつでも苦情受付担当者にお申し出ください。
（窓口）〒722-0071 広島県尾道市向島町立花４１８番地１　通所介護センター橘花苑
電話(0848) 44-5774　FAX(0848) 45-3755
② 苦情受付担当者は（主任相談員）井上有明です。＊他の職員でもよろしいです。
③ 苦情解決責任者は（管理者）桒原悟です。
④ 苦情は、第三者委員へも申出ることができます。
（第三者委員）藤井美智代　電話(0848)45-1573　青木勝枝　電話（0848）44-3294
⑤ 苦情解決の事業所内手順は別紙のとおりです。
⑥ 当事業所では解決できない苦情は、次の苦情受付機関に申出ることができます。

尾道市高齢者福祉課
〒722-8501 広島県尾道市久保１－１５－１　電話(0848)38-9137　FAX(0848)37-7260
受付時間：8 時 30 分～17 時 15 分　休日：土曜・日曜・祝日・年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）
広島県福祉サービス運営適正化委員会
〒732-0816 広島市南区比治山本町１２－２　電話(082)254-3419　FAX(082)569-6161
受付時間：平日 8 時 30 分～17 時 00 分　休日：土曜・日曜・祝日・年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）はお問い合わせフォームで受付。（返信には数日程度かかります）
広島県国民健康保険団体連合会
〒730-8503 広島市中区東白島町１９－４９　電話(082)554-0783　FAX(082)511-9126
受付時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分（月曜日～金曜日）ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び 12 月 29 日・30 日・31 日・1 月 1 日・2 日・3 日を除く

⑦ 事業所は、苦情申し立てを理由として、サービスご利用上の不利益をあたえません。

15　身体的拘束等について

①　当事業所は、利用者様の生命の安全を確保するため、また、他の利用者様の安全を確保するため等、やむを得ない場合のみ、必要最小限の身体的拘束等を実施します。

②　身体的拘束等を実施する場合は、以下の手順で行います。

ア　身体的拘束等が必要であるか、身体的拘束等に変わる方法がないか検討します。

イ　やむを得ず身体的拘束等を実施する場合でも、事前に、利用者様やそのご家族に同意を得ます。

ウ　身体的拘束等は必要最小限とし、定期・随時の見直しを行います。

③　身体的拘束等を実施した場合は、その経緯及び経過を記録します。

16　虐待防止

①　当事業所は、利用者様の人権の擁護及び虐待等の防止のため、次の措置を講じます。

ア　虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止対策責任者：（管理者）桒原　悟

イ　従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

ウ　その他、虐待防止のために必要な措置を講じます。

②　当事業所のサービス提供にあたり、虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に報告します。

17　感染症

①　事業所において、感染症の発生又はまん延しないよう、次に掲げる措置を講じます。

ア　事業所は、感染症予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を毎月開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

イ　事業所における感染予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

ウ　従業者に対し、感染予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

18　従業者の資質の向上

事業所は、職員の資質向上のため、事業内外の研修に参加させるとともに、就業体制を整備します。

19　カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方について

①　当事業所では、すべての利用者様に安心して介護サービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。

そのため、利用者様又はご家族様等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。

具体的には、次のような行為が該当する場合があります。

ア　職員に対する暴言、侮辱、人格を否定する発言や威圧的な言動

イ　脅迫、威嚇、恫喝、身体的な危害を加えることを示唆する行為

ウ　正当な理由のない長時間の電話・面談・居座り等による拘束

エ　制度・契約・サービスの範囲を超える過度な要求や無理な対応を繰り返し求める行為

オ　その他、職員の安全・尊厳を損なうなど、社会通念上相当な範囲を超える行為

これらの行為が認められた場合には、複数名での対応や、サービス提供方法の見直し、施設への出入り禁止や利用契約の解除などの対応をさせていただく場合があります。なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまで通り誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

20　利用者様のご家族にお願い

①　利用者様が当事業所をご利用になっておられる時間帯に連絡がとれるよう、携帯電話等の　電話番号をお知らせください。

②　感染症のまん延防止のため、感染症かかっておられる時・症状が治まっても完治していない状態でのご利用はできませんので、ご了承ください。

③　利用者様の健康状態など利用中必要な事を迎え時の職員へお伝えください。

【通所介護　利用料金表】

○基本料金（1 日につき）　※介護保険給付

利用時間	介護度	基本料金(円)	利用者負担(円)		
			1 割	2 割	3 割
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	3,700	370	740	1,110
	要介護 2	4,230	423	846	1,269
	要介護 3	4,790	479	958	1,437
	要介護 4	5,330	533	1,066	1,599
	要介護 5	5,880	588	1,176	1,764
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	3,880	388	776	1,164
	要介護 2	4,440	444	888	1,332
	要介護 3	5,020	502	1,004	1,506
	要介護 4	5,600	560	1,120	1,680
	要介護 5	6,170	617	1,234	1,851
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	5,700	570	1,140	1,710
	要介護 2	6,730	673	1,346	2,019
	要介護 3	7,770	777	1,554	2,331
	要介護 4	8,800	880	1,760	2,640
	要介護 5	9,840	984	1,968	2,952
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	5,840	584	1,168	1,752
	要介護 2	6,890	689	1,378	2,067
	要介護 3	7,960	796	1,592	2,388
	要介護 4	9,010	901	1,802	2,703
	要介護 5	10,080	1,008	2,016	3,024
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	6,580	658	1,316	1,974
	要介護 2	7,770	777	1,554	2,331
	要介護 3	9,000	900	1,800	2,700
	要介護 4	10,230	1,023	2,046	3,069
	要介護 5	11,480	1,148	2,296	3,444

○加算料金（１日につき）基本料金に次の額が加算されます

	基本料金(円)	利用者負担(円)		
		1 割	2 割	3 割
入浴介助加算	400	40	80	120
サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	22	44	66
中重度者ケア体制加算	450	45	90	135

※ご利用者様が自ら通う場合、ご利用者様の家族等が送迎を行う場合など、当事業所が送迎を実施していない場合は、片道につき－47 円となります。

※加算に該当するサービスを実施した場合は、その加算に相当する額をお支払いいただきます。

○加算料金（１月につき）基本料金に次の額が加算されます

	基本料金(円)	利用者負担(円)		
		1 割	2 割	3 割
科学的介護推進体制加算Ⅰ	400	40	80	120
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	※①			

※①　１か月の介護報酬（加算含む）の総額に、９．９％を掛けて算出した額の１割、２割、３割負担となります。

○その他の料金　※介護保険給付対象のものを除く

項目	料金	単位	備考
食費	700 円	1 食	
おやつ代	100 円	1 回	食べられた場合のみ請求
紙パンツ	150 円	1 枚	
紙おむつ	130 円	1 枚	
尿取りフラットタイプ	50 円	1 枚	
尿取りパッドタイプ	50 円	1 枚	
事業実施地域以外の送迎	50 円	1 ㎞毎	尾道市向島町、向東町以外の地域の方
有料架橋通行料金	実費	通行毎	
有料道路通行料金	実費	通行毎	

【介護予防通所サービス　利用料金表】

○基本料金（1 月につき）　※介護予防給付

介護度	基本料金(円)	利用者負担(円)		
		1 割	2 割	3 割
事業対象者 要支援 1 要支援 2 (週一回程度)	17,980	1,798	3,596	5,394
事業対象者 要支援 2 (週 2 回程度)	36,210	3,621	7,242	10,863

○加算料金（1 月につき）基本料金に次の額が加算されます

加算の名称		加算料金 （円）	利用者負担（円）※1 ヶ月		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制強化加算 （Ⅰ）	※①	88	88	176	264
	※②	176	176	352	528
科学的介護推進体制加算Ⅰ		40	40	80	120

※①・②については、事業対象者・要支援 2 の方は、週のご利用回数により料金が変わります。
　詳しくは、職員にお尋ね下さい。

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td colspan="4">※① 介護職員等処遇改善加算Ⅲ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">基本料金</td><td colspan="3">利用者負担</td></tr>
<tr><td>1 割</td><td>2 割</td><td>3 割</td></tr>
<tr><td>事業対象者</td><td colspan="4" rowspan="3">※①</td></tr>
<tr><td>要支援 1</td></tr>
<tr><td>要支援 2</td></tr>
</table>

※① 1 か月の介護報酬（加算含む）の総額に、9.9％を掛けて算出した額の 1 割、2 割、3 割負担となります。

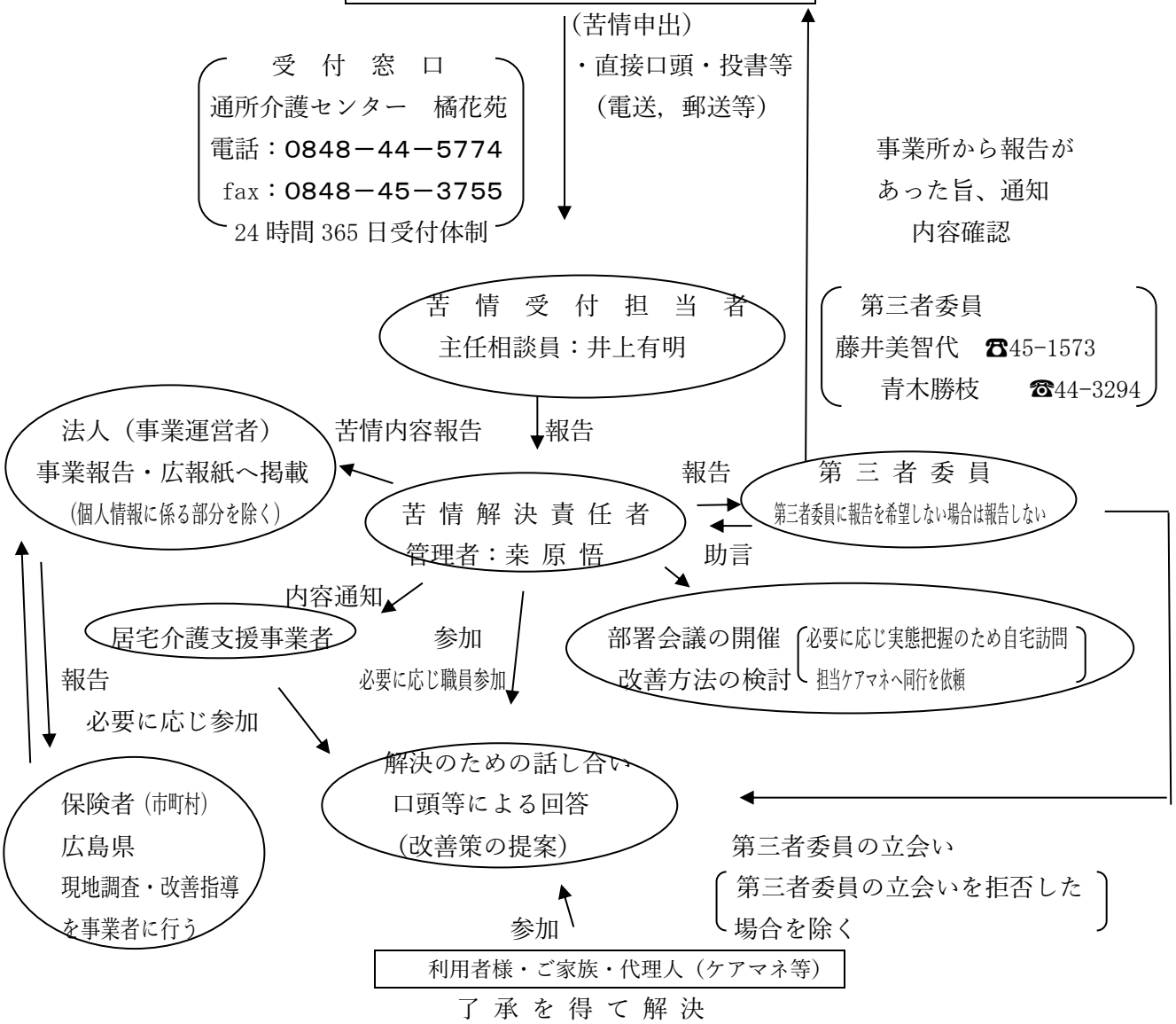
○その他の料金 ※介護保険給付外

項目	料金	単位	備考
食費	700 円	1 食	
おやつ代	100 円	1 回	食べられた場合のみ請求
紙パンツ	150 円	1 枚	
紙おむつ	130 円	1 枚	
尿取りフラットタイプ	50 円	1 枚	
尿取りパッドタイプ	50 円	1 枚	
事業実施地域以外の送迎	50 円	1 ㎞毎	尾道市向島町、向東町以外の地域の方
有料架橋通行料金	実費	通行毎	
有料道路通行料金	実費	通行毎	

別紙

苦情解決に向けて事業所対応フロー

通所介護センター　橘花苑



上記の受付窓口、第三者委員の外、以下の機関等へ申し出ることができます。

◎　尾道市高齢者福祉課　電話(0848)38-9137　FAX(0848)37-7260

◎　広島県福祉サービス運営適正化委員会　電話(082)254-3419　FAX(082)569-6161

◎　広島県国民健康保険団体連合会介護保険課　電話(082)554-0783　FAX(082)511-9126

注：1　苦情解決の過程を記録します。

2　サービス提供責任者は、関係する職員と苦情内容について話し合い、事前に連絡の上、利用者様宅を訪問することがあります。

3　利用者様宅を訪問する場合、担当ケアマネが同行することがあります。

4　利用者様等の納得が得られるまで、改善策を提案します。

5　第三者委員への報告を希望された場合、第三者委員へ部署会議への参加及び利用者様等への改善策の提案等、解決のための働きかけに同行を依頼します。ただし、利用者様等から第三者委員の同行を拒否する意思表示があった場合を除きます。

6　苦情について、個人情報に係る部分を除き、事業所の広報紙・事業報告書に掲載します。

令和　　年　　月　　日

本書に基づき重要事項、サービス内容の説明を行いました。

説明者：通所介護センター橘花苑

（職）生活相談員　　（氏名）　　㊞

（利用者）
私は、本書に基づき事業者から重要事項、サービス内容の説明を受け、内容を理解しました。

住所

氏名　　㊞

電話番号　（　　）　　―

（署名代行者）
私は、下記の理由により、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

署名代行の理由

住所

氏名　　㊞　　利用者との関係（続き柄）

電話番号　（　　）　　―

（家族）
私は、本書に基づき事業者から重要事項、サービス内容の説明を受け、内容を理解しました。

住所

氏名　　㊞　　利用者との関係（続き柄）

電話番号　（　　）　　―