

「香泉荘通所介護事業所」重要事項説明書

当事業所は福岡県介護保険広域連合の
指定を受けています。

当事業所はご契約者に対して介護予防通所介護相当サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	1
3. 事業実施地域及び営業時間.....	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 苦情の受付について.....	6

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 香春町社会福祉協議会 |
| (2) 法人所在地 | 福岡県田川郡香春町大字高野727番地 |
| (3) 電話番号 | 0947-32-4616 |
| (4) 代表者氏名 | 会 長 鈴 木 良 一 |
| (5) 設立年月 | 平成5年4月26日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|--|
| (1) 事業の種類 | 介護予防・生活支援サービス事業・平成30年4月1日指定 |
| (2) 事業所の目的 | 社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の
家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため。 |
| (3) 事業所の名称 | 香泉荘通所介護事業所 |
| (4) 事業所の所在地 | 福岡県田川郡香春町大字高野727番地 |

- (5) 電話番号 0947-32-4616
- (6) 管理者 杉山高広
- (7) 当事業所の運営方針 要介護等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護等日常生活上必要な世話及び機能訓練を行う。
- (8) 開設月日 平成30年4月1日
- (9) 利用定員 30人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 香春町、田川市、大任町、赤村
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ※ただし、8月13日から8月15日、12月29日から1月3日を除く。
営業時間	月曜日～金曜日 午前8時30分から午後5時15分まで
サービス提供時間	月曜日～金曜日 午前9時00分から午後3時45分まで

4. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して介護予防通所介護相当サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤 換 算	指 定 基 準
1. 管理者	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. 介護職員	4名	4名
4. 看護職員	1名	1名
5. 機能訓練指導員	1名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間：８：３０～１７：１５ ☆原則として職員１名あたり利用者６名のお世話をします。
2. 看護職員	勤務時間：８：３０～１７：１５ ☆原則として１名の看護職員が勤務します。
3. 機能訓練指導員	勤務時間：８：３０～１７：１５ ☆原則として１名の機能訓練指導員が勤務します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (１) 利用料金が介護保険から給付される場合
(２) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(１) 介護予防通所介護相当サービスの給付の対象となるサービス（契約書第４条参照）

次のサービスについては、以下の表に基づいて給付されます。

＜サービスの概要＞

☆共通的服务

- ・ 契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

①食事（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・ 食事の準備、介助を行います。

（食事時間）

１２：００～１３：００

②送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

＜サービスの利用頻度＞

☆ 利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。