

「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。
(介護保険事業所番号 第4079200079号)

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.....	2
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. 事故発生時の対応方法について.....	6
7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況.....	6
8. 苦情の受付について.....	6
9. ハラスメントに関する事項.....	7
10. 情報公表.....	7

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30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。

〈サービス利用料金（１月あたり）〉（契約書第６条参照）

次の料金表によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護予防・生活支援総合事業費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（次の利用料金は、契約者の要支援度及びサービス内容に応じて異なります。）

☆基本サービス

1. 契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援 1（1月につき） 17,980 円			要支援 2（1月につき） 36,210 円		
負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
2. うち、介護予防・生活支援総合事業費から給付される金額	16,182 円	14,384 円	12,586 円	32,589 円	28,968 円	25,347 円
3. サービス利用に係る自己負担額	1,798 円	3,596 円	5,394 円	3,621 円	7,242 円	10,863 円

☆サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

上記のサービス利用料 1 月あたり下記の料金が加算されます。

1. 契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援 1（1月につき） 240 円			要支援 2（1月につき） 480 円		
負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
2. うち、介護予防・生活支援総合事業費から給付される金額	216 円	192 円	168 円	432 円	384 円	336 円
3. サービス利用に係る自己負担額	24 円	48 円	72 円	48 円	96 円	144 円

処遇改善加算（Ⅲ）

1 月の総単位数 × 9.9 / 1000（9.9%）

☆ 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための方針を整備していない、高齢者虐待防止のため年 1 回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止の措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記金額の 9.9 / 100 となります。

☆ 業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記金額の

9.9 / 100 となります。

☆ ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護予防・生活支援サービス事業費から払い戻されます（償還払い）。また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆ 介護予防・生活支援サービス事業費からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

- ①介護保険給付の支給限度額を超える介護予防通所介護相当サービスの利用
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。
 - ②食事の提供にかかる費用
ご契約者に提供する食事の材料費にかかる費用です。
料金：1回あたり400円
 - ③日常生活上必要となる諸費用
日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用です。
おむつ代：1枚につき50円
 - ④通常の事業実施地域外への送迎
通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道おおむね5km未満・・・・・・・・・・100円
通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道おおむね5km以上10km未満・・200円
- ☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。
- (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）
- 前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までにお支払い下さい。
- (4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）
- ☆利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防通所介護相当サービスの利用を中止、変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。
- ☆月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ☆ご契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は介護予防通所介護計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。
- ☆ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。
- ☆月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。
- 一 月途中で要介護から要支援に変更になった場合
 - 二 月途中で要支援から要介護に変更になった場合
 - 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- ☆月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。
- ☆サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

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

8. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）	管理者 杉 山 高 広
○受 付 時 間	毎週月曜～金曜日 8：30～17：15
○電 話	0947-32-4616
○F A X	0947-32-5414

（２）行政機関その他苦情受付機関

香春町役場 福祉課	所在地〒822-1403 田川郡香春町大字高野994番地 電話番号 32-8401 FAX 0947-32-4815 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分
国民健康保険団体連合会	所在地〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092-642-7813 FAX 092-642-7856 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時
福岡県社会福祉協議会	所在地〒816-0804 春日市原町3丁目1番地7 電話番号 092-584-3310 F A X 092-584-3319 受付時間 火曜日～日曜日 午前9時～午前12時 午後1時～午後5時
福岡県介護保険広域連合 田川・桂川支部	所在地〒825-0016 田川市新町18-7 電話番号 0947-49-1093 F A X 0947-49-1097 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時

適切なサービスの提供を確保する観点から、事業所内及び訪問先において職員に対する以下のハラスメントの防止のために必要な措置を講じます。なお、次のような行為が該当するようであれば、サービスの中断や契約の解除をする場合がありますので、信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

- ## 10. 情報の公表

- 説明及び同意日： 令和 年 月 日

香泉莊通所介護事業所

説明者職名 管理者 氏名 杉山 高広 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防通所介護相当サービスの提供の開始に同意しました。

利用者住所 氏名 印

代理人住所 _____ 代理人氏名 _____ 印 _____

(続柄：)

7