

「介護予防通所介護相当サービス」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(三豊市指定 第 3771700972 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「事業対象者」「要支援 1」「要支援 2」と認定された方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受付について
7. 非常災害対策
8. 緊急時の対応
9. 事故発生時の対応
10. 身体拘束の禁止
11. 虐待防止について
12. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置等
13. 事業継続計画の策定等
14. 第三者評価の実施状況

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 仁尾福祉会
(2) 法人所在地 香川県三豊市仁尾町仁尾辛42番地3
(3) 電話番号 0875-82-5051
(4) 代表者氏名 理事長 安藤 強
(5) 設立年月 平成17年8月17日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防通所介護相当サービス
平成30年4月1日指定 三豊市 3771700972 号
- (2) 事業所の目的 職員が要支援状態にある高齢者に対し適正な介護予防通所介護相当サービスを提供すること
- (3) 事業所の名称 老人デイサービスセンターにお荘
- (4) 事業所の所在地 香川県三豊市仁尾町仁尾辛42番地19
- (5) 電話番号 0875-23-6080
- (6) 事業所長（管理者）氏名 大崎 正樹
- (7) 当事業所の運営方針 利用者が可能な限りその居宅において、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、さらに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その家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。
- (8) 開設年月 平成28年4月1日
- (9) 利用定員 月～土 45人
① 30人
② 15人
- (10) 事業所が行っている他の業務
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
[通所介護] 平成29年9月1日指定 香川県 3771700972 号

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 三豊市仁尾町全域
- (2) 営業日及び営業時間

| | | |
|----------|-----|----------------------------------|
| 営業日 | 月～土 | 但し、12月31日～1月1日までを除く。 |
| 受付時間 | 月～土 | 8:15～17:15 (宿直者により24時間電話対応可能です。) |
| サービス提供時間 | 月～土 | 9:15～16:30 |

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防通所介護相当サービス及び指定通所介護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 | 人数 |
|---------------------------------------------------|-------------|
| 1. 事業所長（管理者） （特別養護老人ホームにお荘施設長兼務） | 1 名 |
| 2. 介護職員（うち 1 名生活相談員兼務） 介護職員（非常勤） | 10 名 3 名 |
| 3. 生活相談員（うち 1 名介護職員兼務） | 2 名 |
| 4. 看護職員（機能訓練指導員と兼務） 看護職員（非常勤）（機能訓練指導員と兼務） | 1 名 1 名 |
| 5. 機能訓練指導員（常勤）（作業療法士） 機能訓練指導員（常勤・非常勤）（看護職員と兼務） | 1 名 2 名 |

〈主な職種の勤務体制〉

| 職種 | 勤 務 体 制 |
|------------|---------------------------------------------|
| 1. 介護職員 | 勤務時間 8：15～17：15 ☆原則として 5 名以上の介護職員が勤務します。 |
| 2. 看護職員 | 勤務時間 8：45～16：45 ☆原則として 1 名以上の看護職員が勤務します。 |
| 3. 機能訓練指導員 | 勤務時間 8：15～17：15 ☆機能訓練の算定は週 5 日程度 |

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、ご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) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第 4 条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 9 割、8 割または 7 割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

☆共通のサービス

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。
- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・お弁当をご持参いただくことも可能です。その場合には、あらかじめ事業所に申し出て下さい。

（食事時間）

12：00～13：00

②排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。（排泄に係る物品（オシメ等）については自己負担にてお願いしています。）

③入浴

- ・ご契約者の希望により、入浴又は清拭を行います。

④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。

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の1割2割、または3割を追加料金としてご負担いただきます。

① サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ

当事業所は、介護福祉士の資格保有者が50%以上配置されています。

② 送迎未実施減算

送迎を実施しない場合（家族送迎等）は片道単位での減算の対象となります。

③ 介護職員処遇改善加算Ⅰ

介護職員の更なる資質向上の取り組みを実施し、雇用管理、労働環境が改善できるよう整備しています。

＜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、サービス計画に定めます。

☆ただし、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。

＜サービス利用料金（1月、1日あたり）＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、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保険給

付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

| 契約者の要介護度とサービス利用料金 | 負担割合 | 要支援1相当 | 要支援2相当 |
|----------------------------------------------|------|-------------|------------|
| 1. サービスに係る自己負担金（基本単価） | 1割負担 | 436 円/回 | 447 円/回 |
| | 2割負担 | 872 円/回 | 897 円/回 |
| | 3割負担 | 1,308 円/回 | 1,341 円/回 |
| サービスに係る自己負担金（基本単価）（要支援1は5回以上、要支援2は9回以上利用の場合） | 1割負担 | 1,789 円/月 | 3,621 円/月 |
| | 2割負担 | 3,596 円/月 | 7,242 円/月 |
| | 3割負担 | 5,394 円/月 | 10,863 円/月 |
| 2. サービス提供体制加算（Ⅰ） | 1割負担 | 88 円/月 | 176 円/月 |
| | 2割負担 | 176 円/月 | 352 円/月 |
| | 3割負担 | 264 円/月 | 528 円/月 |
| 3. 送迎末実施減算（片道から） | 1割負担 | △47 円 | |
| | 2割負担 | △94 円 | |
| | 3割負担 | △141 円 | |
| 4. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | | 合計単位数の 9.2% | |

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

☆介護保険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や調理等にかかる費用です。

| | |
|-----------------|-------|
| 料金：昼食 | 578 円 |
| 喫茶代（おやつ・嗜好的飲み物） | 200 円 |
| 喫茶なし（嗜好的飲み物のみ） | 100 円 |

③レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。（通常は無料です）

④日常生活上必要となる諸費用実費

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を負担いただきます。

おむつ代：実費 日用品費：実費

⑤通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

通常の事業実施地域を越えた地点から、片道5キロメートル以上、1キロメートルにつき40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、翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

支払い方法 現金持参

口座振替（翌月20日振替、土日祝祭日の場合は翌営業日）

（取引金融機関…百十四銀行、香川銀行、高松信用金庫、観音寺信用金庫、香川県信用組合、四国労働金庫、香川県信用農業協同組合連合会および会員農業協同組合、鳥取銀行、中国銀行、阿波銀行、伊予銀行、四国銀行、ゆうちょ銀行、トマト銀行、徳島大正銀行、愛媛銀行、高知銀行、徳島信用金庫、愛媛信用金庫、東予信用金庫、幡多信用金庫、高知信用金庫）

振込（百十四銀行仁尾支店・香川県農業協同組合仁尾町支店）

（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、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へ申し出てください。

○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、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。

○契約者の体調不良や状態の改善等によりサービス計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又はサービス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、サービス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、地域包括支援センターと調整の上、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となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 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

○月途中で要介護度が変わった場合には、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. 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、処理するために講ずる概要

苦情があった場合、まず苦情受付担当者は、苦情内容、利用者の希望等の確認及び記録を行い、苦情解決責任者に報告します。

簡易な案件については、すぐ処理します。又それ以外は苦情検討委員会を開き解決方法を検討します。

苦情解決責任者は、検討結果に基づき、苦情申し立て人との話し合いによる解決に努めます。この場合、必要に応じて第三者委員の立会い、または助言を求める場合があります。

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）

〔職名〕 生活相談員 宮下 千秋

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

8：15～17：15

○苦情解決責任者

〔職名 9〕 特別養護老人ホームにお荘
施設長 大崎 正樹

また、苦情受付ボックスを、にお荘玄関風除室に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 三豊市役所 健康福祉部 介護保険課 | 所在地 香川県三豊市高勢町下勝間 2373 番地 電話番号 0875-73-3017 FAX 0875-73-3023 受付時間 月～金 8：30～17：30 |
| 観音寺市役所 健康福祉部 高齢介護課 | 所在地 香川県観音寺市坂本町1丁目1番1号 電話番号 0875-23-3968 FAX 0875-23-3929 受付時間 月～金 8：30～17：30 |

| | |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 香川県 健康福祉部 長寿社会対策課 | 所在地 香川県高松市番町4丁目1番10号 電話番号 087-861-3269 FAX 087-806-0206 受付時間 月～金 8:30～17:15 |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 香川県高松市福岡町2丁目3番2号 電話番号 087-822-7431 FAX 087-822-6023 受付時間 月～金 9:00～17:00 |
| 香川県社会福祉協議会 運営適正化委員会 | 所在地 香川県高松市番町1丁目10番35号 電話番号 087-861-1300 FAX 087-861-1300 受付時間 月～金 8:30～17:15 |

(3) 法人の設置する苦情解決第三者委員

○氏 名 鈴木 佳壽美

○電話番号 0875-82-2164

○氏 名 安藤 俊孝

○電話番号 0875-82-3264

7. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他に緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関連機関との連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業員などの訓練を行います。

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の症状が急変した場合、その外必要な場合には、速やかに主治医や利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

9. 事故発生時対応

当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、介護支援専門員、利用者の家族に連絡するとともに、必要な措置を行います。

10. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急ややむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

11. 虐待防止について

利用者等の人権の擁護・虐待防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者及び責任者

○虐待防止に関する担当者

〔職名〕 生活相談員 宮下 千秋

○虐待防止に関する責任者

〔職名〕 特別養護老人ホームにお荘
施設長 大崎 正樹

(2) 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するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

(2) 虐待の防止のための指標を整備します。

(3) 職員に対し虐待防止のための研修を定期的に実施します。

12. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置等

感染症の予防及びまん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から定期的な委員会の開催、施設としての指標の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施などに取ります。

13. 事業継続計画の策定等

感染症や災害が発生した場合でも、利用者に対する指定介護の提供を継続的に実施するための計画及び非常時の体制で早期の事業再開を図る為の計画（業務継続計画）を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

14. 第三者評価の実施状況

実施の有無 無

令和 年 月 日

サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

老人デイサービスセンター にお荘

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重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 印

代理人住所

続柄

氏名 印